Médecine générale pour le praticien

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Obstétrique pour le praticien, par L. Sentilhes, T. Schmitz, J. Lansac. 2022, 7e édition, 552 pages.

Pédiatrie pour le praticien, par A. Bourrillon, G. Benoist, B. Chabrol, G. Chéron, E. Grimprel. 2020, 7e édition, 824 pages.

Gériatrie pour le praticien, par Joël Belmin, Philippe Chassagne, Patrick Friocourt. 2018, 3e édition, 1072 pages.

Médecine de la douleur pour le praticien, par A. Serrie, C. Delorme, M.-L. Navez. 2020, 408 pages.

Médecine du sport pour le praticien, D. Rivière, P. Rochcongar, R. Amoretti, X. Bigard, J. Lecocq, H. Monod, J. Rodineau. 2020, 6e édition, 744 pages.

Rhumatologie pour le praticien, par B. Mazières, M. Laroche, A. Constantin, A. Cantagrel. 2018, 712 pages.

Gynécologie pour le praticien, 9e édition, par J. Lansac et H. Marret, coll. 2018, 656 pages.

Endocrinologie, diabète, métabolisme et nutrition pour le praticien, par J.-L. Wémeau, B. Vialettes, J.-L. Schlienger. 2014, 544 pages.

Autres ouvrages

Guide de thérapeutique Perlemuter (livre + application), par G. Perlemuter. 2021, 11e édition, 2816 pages.

Télésoin et télémédecine, par P. Simon et T. Moulin. 2021, 192 pages.

Lecture critique et communication en sciences de la santé, par L.R. Salmi. 2021, 3e édition, 552 pages.

Activités physiques adaptées et pathologies chroniques, par P. Delamarche, F. Carré. 2021, 272 pages.

L'échographie pour tous : apprentissage accéléré, de P. Mestoudjian, 2020, 264 pages.

Nouveau dictionnaire médical, de I. Marroun, T. Sené, J. Quevauvilliers, A. Fingerhut. 2017, 1504 pages.

Atlas d'anatomie générale et radiologique de J.-P. Dillenseger. 2019, 2e édition, 320 pages.

Examen clinique et sémiologie : l'essentiel, de N. Talley, S. O'Connor, 2017, 400 pages.

Collection Pour le praticien

Médecine générale pour le praticien

Sous l'égide du :

Collège National des Généralistes Enseignants

Sous la direction de :

Olivier Saint-Lary
Président du Collège National des Généralistes Enseignants
Professeur de médecine générale, université
Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay

Coordonné par :

Patrick Imbert
Vice-président du Collège National des Généralistes Enseignants
Professeur de médecine générale, université Grenoble-Alpes

Corinne Perdrix
Secrétaire générale du Collège National des Généralistes Enseignants
Professeure associée de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1

Préface du
Professeur Paul Frappé

Elsevier Masson

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

ELSEVIER

Médecine générale pour le praticien, par le Collège National des Généralistes Enseignants.

© 2022, Elsevier Masson SAS
ISBN : 978-2-294-76710-4
e–ISBN : 978-2-294-76831-6

Tous droits réservés.

Les praticiens et chercheurs doivent toujours se fonder sur leur propre expérience et connaissances pour évaluer et utiliser toute information, méthodes, composés ou expériences décrits ici. Du fait de l'avancement rapide des sciences médicales, en particulier, une vérification indépendante des diagnostics et dosages des médicaments doit être effectuée. Dans toute la mesure permise par la loi, Elsevier, les auteurs, collaborateurs ou autres contributeurs déclinent toute responsabilité pour ce qui concerne la traduction ou pour tout préjudice et/ou dommages aux personnes ou aux biens, que cela résulte de la responsabilité du fait des produits, d'une négligence ou autre, ou de l'utilisation ou de l'application de toutes les méthodes, les produits, les instructions ou les idées contenus dans la présente publication.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122–4, L. 122–5 et L. 335–2 du Code de la propriété intellectuelle).

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Les auteurs

Isabelle Aubin-Auger
professeure de médecine générale, université Paris-Cité.

Marie Barais
maîtresse de conférences de médecine générale, université de Bretagne Occidentale.

Jean-Didier Bardet
pharmacien, maître de conférences en Pratiques pharmaceutiques officinales et Pharmacie Clinique ambulatoire à l'université Grenoble-Alpes.

Marc Bayen
professeur associé de médecine générale, université de Lille.

Cyril Bègue
maître de conférences de médecine générale, université d'Angers.

Élise Benedini
maîtresse de conférences associée de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Philippe Binder
professeur de médecine générale, université de Poitiers.

François Blœdé
médecin généraliste, Paris.

Tiphanie Bouchez
maîtresse de conférences de médecine générale, université Côte d'Azur.

Yann Bourgueil
médecin de santé publique, directeur recherche IRDES, mission RESPIRE (EHESP, CNAMTS, IRDES, EA MOS 7348, EHESP), La Plaine-Saint-Denis.

Rémy Boussageon
professeur de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Jean-Paul Canévet
professeur associé de médecine générale retraité, université de Nantes.

François Carbonnel

maître de conférences de médecine générale, université de Montpellier.

Ludovic Casanova
maître de conférences de médecine générale, université d'Aix-Marseille.

Juliette Chambe

maîtresse de conférences de médecine générale, université de Strasbourg.

Benoît Chamboredon
maître de conférences associé de médecine générale, université de Grenoble-Alpes.

Marc Chanelière
maître de conférences de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Anthony Chapron

maître de conférences de médecine générale, université de Rennes.

Élodie Charuel
cheffe de clinique de médecine générale, université Clermont-Auvergne.

Marine de Chefdebien
maîtresse de conférences associée de médecine générale, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay.

Renaud Clément
médecin légiste, université de Nantes.

Pascal Clerc
professeur associé de médecine générale, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay.

Guillaume Coindard
médecin généraliste, docteur en sociologie, Sorbonne université.

Laurence Compagnon
professeure de médecine générale, université Paris Est-Créteil.

Pauline Cordonnier
praticien à la Passerelle d'accès aux soins La Boussole, Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

David Darmon
professeur de médecine générale, université Côte d'Azur.

Louise Devillers
cheffe de clinique de médecine générale, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay.

Clarisse Dibao-Dina
professeure de médecine générale, université de Tours.

Mathilde Ducloyer
laboratoire de médecine légale, université de Nantes.

Bérengère Duhoux
médecin généraliste, maison de santé Simone-Veil, Cesson.

Julie Dupouy
professeure de médecine générale, université Toulouse III, Paul-Sabatier.

Florence Durrieu
médecin généraliste, chef de clinique universitaire, université de Toulouse.

Sylvie Erpeldinger
professeure de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Émile Escourrou
maître de conférences de médecine générale, université Toulouse III, Paul-Sabatier.

Émilie Ferrat
maîtresse de conférences de médecine générale, université Paris Est-Créteil.

Laure Fiquet
maîtresse de conférences de médecine générale, université Rennes 1.

Luigi Flora
docteur en sciences de l'éducation, Codirecteur patient, Centre d'Innovation du Partenariat avec les Patients et le Public (CI3P), Faculté de médecine, université Côte d'Azur.

Marie Flori
professeure de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Mathilde François
maîtresse de conférences de médecine générale, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay.

Paul Frappé
professeur de médecine générale, université de Saint-Étienne.

Anne Freyens
professeure associée de médecine générale, université Toulouse III, Paul-Sabatier.

Yoann Gaboreau
maître de conférences de médecine générale, université Grenoble-Alpes.

Christian Ghasarossian
professeur de médecine générale, université Paris-Cité.

Julie Gilles de La Londe
médecin généraliste, enseignante chercheuse, université Paris-Cité.

Pauline Girard
assistante universitaire de médecine générale, université Grenoble-Alpes.

Xavier Gocko
maître de conférences de médecine générale, université de Saint-Étienne.

Dagmar M. Haller
professeure de médecine générale, université de Genève.

Caroline Huas
maîtresse de conférences associée de médecine générale, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay.

Patrick Imbert
professeur de médecine générale, université Grenoble-Alpes.

Alain Jami
professeur de médecine générale, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay.

Pauline Jeanmougin
professeure associée de médecine générale, université de Nantes.

Maeva Jego-Sablier
cheffe de clinique de médecine générale, université d'Aix-Marseille.

Jean-Philippe Joseph
professeur de médecine générale, université de Bordeaux.

Adeline Jouannin
médecin généraliste, doctorante en éthique médicale, université de Paris-Cité.

Amar Kapassi
médecin généraliste, Sorbonne université.

François Kermiche
médecin généraliste membre de l'*International Primary Care respiratory group*, université de Rouen-Normandie.

Shérazade Kinouani
médecin généraliste, enseignante chercheuse, université de Bordeaux.

Jérémy Khouani
chef de clinique de médecine générale, université d'Aix-Marseille.

Marion Lamort-Bouché
maîtresse de conférences de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Catherine Laporte
professeure de médecine générale, université Clermont-Auvergne.

Jean-Pierre Lebeau
professeur de médecine générale, université de Tours.

Julien Le Breton
maître de conférences de médecine générale, université Paris Est-, Créteil.

Laurent Letrilliart
professeur de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Roxane Liard
cheffe de clinique de médecine générale, Sorbonne université.

Christine Maynié-François
maîtresse de conférences de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Katia Mazalovic
maîtresse de conférences de médecine générale, université de Bourgogne.

Alain Mercier
professeur de médecine générale, université Sorbonne-Paris Nord.

Pierrette Meury Abraham
association ASALEE, doctorante santé publique université des Antilles, Inserm.

Stéphanie Mignot
maîtresse de conférences de médecine générale, université de Poitiers.

Élodie Million
maîtresse de conférences de médecine générale, université de Montpellier.

Eva Mitilian
cheffe de clinique de médecine générale, université d'Aix-Marseille.

Yhan Monney
médecin généraliste, enseignant chercheur, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, Paris-Saclay.

Alain Moreau
professeur émérite de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Sohela Moussaoui
assistante universitaire en médecine générale, Sorbonne université.

Sabrina Paradis
cheffe de clinique de médecine générale, université Grenoble-Alpes.

Françoise Paumier
professeure associée de médecine générale, université Grenoble-Alpes.

Corinne Perdrix
professeure associée de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon 1.

Denis Pouchain
médecin généraliste retraité, université de Tours.

Aline Ramond-Roquin
professeure de médecine générale, université d'Angers, professeure associée, université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Cédric Rat
professeur de médecine générale, université de Nantes.

Vincent Renard
professeur de médecine générale, université Paris Est-Créteil.

Louise Rossignol
maîtresse de conférences de médecine générale, université Paris-Cité.

Marie-Eve Rougé Bugat
professeur de médecine générale, université Toulouse III, Paul-Sabatier.

Anne Rousseau
sage-femme, maîtresse de conférences, université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines Paris-Saclay.

Rosalie Rousseau
maîtresse de conférences associée de médecine générale, université de Nantes.

Yannick Ruelle
professeur associé de médecine générale, université Sorbonne-Paris Nord.

Emeline Salmon
médecin légiste, université de Nantes.

Delphine Sanchez
assistante universitaire de médecine générale, Sorbonne université.

Matthieu Schuers
professeur de médecine générale, université Rouen-Normandie.

Stéphanie Sidorkiewicz
maîtresse de conférences de médecine générale, université de Paris-Cité.

Benoit Tudrej
médecin généraliste, enseignant chercheur, université Claude-Bernard, Lyon 1.

Juliette Vandendriessche
médecin généraliste, enseignante chercheuse, Sorbonne université.

Cyrille Vartanian
professeur associé de médecine générale, université de Nantes.

Grégoire Virot
kinésithérapeute, université Grenoble-Alpes.

Philippe Vorilhon
professeur de médecine générale, université Clermont-Auvergne.

Anne Waldner-Combernoux
professeure associée de médecine générale, université de Bourgogne.

Claire Zabawa
maîtresse de conférences de médecine générale, université de Bourgogne.

Préface

La médecine générale est une attitude.

Mais pas seulement.

En poussant la porte de nos cabinets, à côté de laquelle brille la plaque « Diplômé de la faculté », le patient attend une prise en charge non seulement humaine, mais aussi en accord avec les meilleures données disponibles de la science. Ces données constituent des repères indispensables sans lesquels, à vouloir être bons en tout, nous ne serions bons en rien.

Les voici enfin rassemblées dans un ouvrage qui fera référence. Ses auteurs y dessinent le squelette qui charpente notre discipline. Vous y trouverez toutes les facettes de notre belle médecine générale, depuis le large éventail des profils de patients, la prise en charge de problèmes aussi bien aigus que chroniques, l'accompagnement de personnes malades et de personnes non malades, l'organisation interconnectée, jusqu'à la dimension communautaire.

À l'initiative de ce livre, le CNGE montre — si besoin était — tout son dynamisme, sa capacité à impulser, à rythmer, à nourrir nos pratiques. Plus encore, en y impliquant des auteurs de toutes générations et de toutes origines géographiques, il révèle toute sa collégialité.

Merci donc pour cet ouvrage qui réunit formation initiale et formation continue. À ceux qui se destinent à cet exercice, ces pages offrent un éclairage unique pour découvrir le monde caché dans le huis clos de nos cabinets. À ceux qui la pratiquent au quotidien, ces pages seront un soutien pour garder une ligne de soins fondés sur la rationalité, une boîte à outils pour délivrer la meilleure médecine à chacun.

En ancrant la théorie dans la pratique, ce livre enracine la « marguerite des compétences » dans le terreau scientifique afin que, comme le disait Régis Debray, « *entre une pratique sans tête et une théorie sans jambes, il n'y [ait] jamais à choisir* ».

Paul Frappé

Président du Collège de la médecine générale
Professeur de médecine générale, université de Saint-Étienne

Abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
aCGA	*abreviated Comprehensive Geriatric Assessment*
ABCDE	Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur non homogène, Diamètre en augmentation, Évolution
ACP	Approche centrée sur le patient
ACR	Arrêt cardiorespiratoire
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
ADN	Acide désoxyribonucléique
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AESP	Activité électrique sans pouls
Agefiph	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
AMU	Aide médicale urgente
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANDPC	Agence nationale du développement professionnel continu
AOD	Anticoagulants oraux directs
AP	Activité physique
APA	Activité physique adaptée/Aide personnalisée d'autonomie,
ARA II	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
ARM	Antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes
ARN	Acide ribonucléique
ARNI	*Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitor*
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Action de SAnté Libérale En Equipe
ASC-US	*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*
AT	Alliance thérapeutique
ATB	Antibiotique
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVF	Algie vasculaire de la face
AVK	Antivitamine K
BDCA	Bronchodilatateur de courte durée d'action
BDLA	Bronchodilatateur de longue durée d'action
β-hCG	*human Chorionic Gonadotropin*
BITS	Brimades, Insomnies, Tabac, Stress
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
bpm	Battements par minute
BSA	*Body Surface Area*
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASO	Centre d'accueil de soins et d'orientation
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CCQ	Céphalées chroniques quotidiennes
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDS	Centre de santé
CEDT	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
CICAT	Centre d'information et de conseil en aides techniques
CIM-10	10e classification internationale des maladies
CIM-11	11e classification internationale des maladies
CISP	Classification internationale des soins primaires
CJC	Consultation jeune consommateur
CLS	Contrat local de santé
CMEI	Conseiller médical en environnement intérieur
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CMV	Cytomégalovirus
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNU	Conseil national des universités
CODAMUPS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et des transports sanitaires
COEP	Contraception estroprogestative
CPIAS	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CPIRE	Cumul, Précoce, Intense, Répété, Excluant
CPRD	*Clinical Practice Research Datalink*
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé

CRAT	Centre de références sur les agents tératogènes
CRB 65	*Confusion, Respiratory rate, Blood pressure, Age > 65*
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CRP	*C-Reactive Protein*
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Contribution sociale généralisée
CSI	Corticostéroïde inhalé
CSS	Complémentaire santé solidaire
CURB 65	*Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, Age > 65*
CVF	Capacité vitale forcée
DAE	Défibrillateur automatisé externe
DAI	Défibrillateur automatique implantable
DC	Discours « changement »
DCRB	Désir, Capacité, Raisons, Besoin
DDPD	Demander au patient, Demander l'autorisation, Partager de l'information, Demander au patient en quoi cette information lui serait utile
DEP	Débit expiratoire de pointe
DEP-ADO	DÉPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIU	Dispositif intra-utérin
DLQI	*Dermatology Life Quality Index*
DM	Discours « maintien »
DMO	Ostéodensitométrie
DMP	Dossier médical partagé
DOHaD	*Developmental Origins of Health and Disease*
DPC	Développement professionnel continu
DPI	Dossier patient informatisé
DPNI	Dépistage prénatal non invasif
DPP4	*Dipeptidyl Peptidase 4*
DRC	Dictionnaire des résultats de consultation
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques, 5e édition
DTP	Diphtérie, tétanos, polio
DTPCa	Diphtérie, tétanos, polio, coqueluche acellulaire
EAP	Engagement, Activation, Premiers pas
EBLSE	Entérobactéries productrices de bêtalactamase à spectre élargi
EBM	*Evidence-Based Medicine*
ECBC	Examen cytobactériologique des crachats
ECBU	Examen cytobactériologique des urines
ECG	Électrocardiogramme
ECOGEN	Éléments de la COnsultation en médecine GENérale
EE	Éthinylestradiol
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoires
EGA	Évaluation gériatrique approfondie
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIAS	Événement indésirable associé aux soins
EM	Entretien motivationnel
EMG	Électromyogramme
EP	Embolie pulmonaire
EP	Contraception estroprogestative
EPICES	Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Établissements d'aide par le travail
ESP	Équipe de soins primaires
ETP	Éducation thérapeutique du patient
EVA	Échelle visuelle analogique
FC	Fréquence cardiaque
FDR	Facteur de risque
FDRCV	Facteur de risque cardiovasculaire
FEVG	Fraction d'éjection du ventricule gauche
Fiphfp	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FITT	Fréquence, Intensité, Durée (*Time*)
FRAMES	*Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, and Self-efficacy*
G8	*Geriatric 8*
GDS	*Geriatric Depression Scale*
GEA	*Global Acne Evaluation*
GINA	*Global INitiative for Asthma*
GIR	Groupe iso-ressources
GLP-1	*Glucagon-Like Peptide-1*
GOLD	*Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease*
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire
HDL	*High Density Lipoproteins*
HDT	Hospitalisation sur demande d'un tiers
HEADSSS	H : Habitat, maison ; E : Éducation, école ; A : Activités ; D : Drogues ; S : Sexualité ; S : Suicide ; S : Sécurité, médias Sociaux
HME	*Healthy Migrant Effect*
HNF	Héparine non fractionnée
HPST	Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires
HPV	Papillomavirus humain
HSV	Herpèsvirus
HTA	Hypertension artérielle
HTP-TEC	Hypertension pulmonaire thromboembolique chronique
HU	Hauteur utérine
IA	Intelligence artificielle
IAH	Index d'apnées/hypopnées

IASP	*International Association for the Study of Pain*
IB	Intervention brève
ICPC	*International Classification of Primary Care*
IDE	Infimier(e) diplômé(e) d'État
IDM	Infarctus du myocarde
IDSP	Infirmier(e) délégué(e) en santé publique
IEC	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut national du cancer
INM	Intervention non médicamenteuse
INR	*International Normalized Ratio*
IPA	Infirmier·e en pratique avancé
IRC	Insuffisance respiratoire chronique
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine:
ISRSNa	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISS	Inégalités sociales en santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAK2	*Janus Kinase 2*
LABA	β_2-agonistes de longue durée d'action
LAMA	Anticholinergique de longue durée d'action
LCF	Ligament calcanéo-fibulaire
LCL	Ligament collatéral latéral
LCM	Ligament collatéral médial
LCP	Ligament croisé postérieur
LDL	*Low Density Lipoproteins*
LFTA	Ligament talo-filubaire antérieur
LCA	Ligament croisé antérieur
LIN	Limite inférieure de la normale
LTRA	Anti-leucotriènes
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAPA	Mesure ambulatoire de pression artérielle
MCS	Médecin correspondant du SAMU
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MDS	Maison départementale de la solidarité
MeSH	*Medical Subject Headings*
MICI	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
MMG	Maison médicale de garde
MPI	Maladie professionnelle indemnisable
MSO	Médicaments de substitution aux opioïdes
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSU	Maître de stage des universités
MTEV	Maladie thromboembolique veineuse
NFS	Numération-formule sanguine
NICE	*National Institute for health and Care Excellence*
NNH	*Number Needed to Harm*
NNS	*Number Needed to Screen*
NNT	*Number Needed to Treat*
NSTEMI	*Non STEMI*
OAP	Œdème aigu pulmonaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONFV	Observatoire national de la fin de vie
OR	*Odds ratio*
OuVER	Questions Ouvertes, Valorisation, Ecoute réflexive, Résumé
PAAS	Permanence d'accès aux soins de santé
PAC	Pneumonie aiguë communautaire
PAD	pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PASI	*Psoriasis Area and Severity Index*
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCMH	*Patient-Centered Medical Home*
PCR	*Polymerase Chain Reaction*
PCSK9	*Proprotein Convertase Subtilisin Kexin type 9*
PDCA	*Plan, Do, Check and Act*
PDSA	Permanence de soins ambulatoires
PEPS	Paiement en équipe de professionnels de santé en ville
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSA	Prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Plan national nutrition santé
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPS	Plan personnalisé de soins
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
PRECISE-DAPT	*PREdicting bleeding Complications In patients undergoing Stent implantation and subsEquent Dual Anti Platelet Therapy*
PUMa	Protection universelle maladie
RCC	*Relationship-Centred Care*
RCP	Réanimation cardiorespiratoire
RCV	Risque cardiovasculaire
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RGO	Reflux gastro-œsophagien
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPS	Risques psychosociaux
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RR	Risque relatif
RRM	Revue de mortalité et de morbidité
RUD	Risque, Urgence, Danger
SA	Semaines d'aménorrhée
SABA	β-agonistes de courte durée d'action
SAHOS	Syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil
SAMU	Service d'aide médicale urgente

SAPL	Syndrome des anticorps anti-phospholipides
SARM	*Staphylocoque aureus* résistant à la méticilline
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires, en autonomie supervisée
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SCA	Syndrome coronarien aigu
SCC	Syndrome coronarien chronique
SCORE	*Systematic Coronary Risk Evaluation*
Se	Sensibilité
SGLT-2	*Sodium/Glucose Cotransporteur 2*
SIU	Système intra-utérin
SMI	Symptômes physiques médicalement non expliqués
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
SNOMED CT©	*Systematized Nomenclature Of Medicine Clinical Terms*
SOAP	Subjective findings, Objective findings, Assessment, Plan
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
SPCMD	Sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès
SpO2	Saturation pulsée en oxygène
SRO	Solution de réhydratation par voie orale
SSF	Syndrome somatique fonctionnel
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
StaR	*Symptom Tracking and Reporting*
STEMI	*ST segment Elevation Myocardial Infarction*
STFD	Syndesmose tibio-fibulaire distale
SUMPPS	Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
T21	Trisomie 21
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDAH	Trouble déficitaire attentionnel et hyperactivité
THC	Tétrahydrocannabinol
THM	Traitement hormonal de la ménopause
TMS	Trouble musculosquelettique
TND	Troubles neurodéveloppementaux
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TPT	Temps partiel thérapeutique
TS	Tentatives de suicide
TSH	*Thyroid Stimulating Hormone*
TVP	Thrombose veineuse profonde
TVS	Thrombose veineuse superficielle
VEMS	Volume expiratoire maximal par seconde
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VL	Visite longue
VNI	Ventilation non invasive
VRAIE	Expérience Vécue, Représentations de la situation, Attentes, ce qui est Important, État d'esprit actuel
VS	Vitesse de sédimentation
VZV	Virus de la varicelle et du zona
WONCA	*World Organization of Family Doctors* (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*)

Chapitre 1

Place de la médecine générale dans le système de santé

Vincent Renard

PLAN DU CHAPITRE

Domaine administratif et organisationnel 4
Domaine économique 5
Domaine démographique 5
Domaine universitaire 6
Les enjeux de demain 7

La médecine générale doit occuper une place particulière dans tout système de santé organisé en raison de sa définition et des rôles que sont destinés à assumer les médecins généralistes. Elle constitue l'étage médical des soins premiers/primaires, c'est-à-dire la médecine de première ligne, dont les caractéristiques sont définies au plan européen [1].

La médecine générale « *gère les situations complexes et/ou incertaines, privilégie la clinique et ne recourt à la technique qu'en cas de nécessité ; sa finalité n'est pas d'aboutir impérativement à un diagnostic étiologique mais de réaliser un diagnostic global de situation déterminant les procédures les plus favorables au patient à tout moment et dans une perspective sur la durée* » (CNGE, CMG, 2017) [2].

Elle est à différencier de la médecine de deuxième ligne, relevant des soins secondaires, définie comme la médecine de recours à une expertise ciblée, ponctuelle ou répétée, et de la troisième ligne relevant des soins tertiaires, définie comme la médecine nécessitant un plateau technique significatif et un environnement hospitalier pour gérer les situations graves et/ou compliquées.

L'OMS, depuis Alma Ata en 1978 jusqu'à Astana en 2018, souligne l'importance de la première ligne pour l'efficacité et l'efficience du système de santé : « *Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable liés à la santé.* »

Les productions scientifiques depuis plus de vingt ans, de Barbara Starfield jusqu'à l'étude publiée par le JAMA en 2019 en passant par les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), accréditent l'idée qu'une corrélation existe entre un plus grand nombre de médecins généralistes exerçant dans les territoires et l'amélioration des indicateurs de santé dans ces derniers [3]. Cette corrélation est unique au sein des spécialités médicales et s'inscrit en cohérence avec les préconisations de l'OMS.

Le système de santé français ne s'est pas construit de manière organisée. La place de la médecine générale résulte d'une histoire et de politiques publiques paradoxales qui peuvent expliquer les limites du fonctionnement du système et de son efficience.

Ce système a été profondément modifié et marqué par le développement du fait universitaire (enseignement et recherche) et de son alliance avec l'hôpital, permise et structurée par les ordonnances Debré (1958, 1962).

Ce développement s'est inscrit dans la conception maintes fois critiquée de l'enseignement en France, dont l'objectif historique, même implicite, est de dégager une élite plutôt que de former à l'excellence l'ensemble des apprenants.

Les ordonnances Debré visaient à structurer un corps médical de haut niveau contribuant à la renommée scientifique du pays autant qu'aux services rendus à la population [4]. Elles ont concentré les moyens, le développement technologique et scientifique, dans les centres hospitaliers et universitaires dont le développement contemporain des grands progrès de la médecine de ces dernières décennies a permis le rayonnement d'une médecine spécialisée d'excellence. La formation médicale a ainsi dégagé une élite hospitalo-universitaire de plus en plus nombreuse selon les propres critères de cette dernière, qui a profondément imprégné le paysage sanitaire. A contrario, son exercice ambulatoire et son éloignement des structures hospitalo-universitaires ont relégué la médecine générale « *au mieux à une discipline d'exercice, sans fondement théorique, sans enseignement spécifique, sans recherche, dans une situation d'exclusion du mouvement universitaire médical* » [5].

Il a fallu de multiples rapports et travaux, l'influence de l'OMS, des structures européennes et des militants de la

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

médecine générale, pour reconnaître cette dernière comme une spécialité et l'intégrer récemment dans l'Université.

La place de la médecine générale dans le système de santé s'est nettement améliorée depuis 20 ans. Elle reste marquée notamment dans les domaines administratif, économique, démographique et universitaire par le handicap accumulé durant les 50 années précédentes.

Domaine administratif et organisationnel

La médecine générale existait historiquement en creux dans le système administratif, sans bénéficier d'une reconnaissance effective.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 instituant le principe de l'internat pour tous, a entériné de facto la spécialité médecine générale. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a défini d'une part les soins de premier recours auxquels « *concourent les médecins traitants* », d'autre part les missions du « *médecin généraliste de premier recours* », reconnaissant son rôle de première ligne. Il était significatif que la loi du 13 août 2004 n'attribuât pas la fonction de médecin traitant aux médecins généralistes en laissant la possibilité de cette fonction à « *un médecin généraliste ou spécialiste* », possiblement hospitalier. La négociation des termes de ces dispositions conventionnelles traduisait la volonté d'une coordination des soins, sans réserver aux médecins généralistes ces fonctions de coordination et de gestion du dossier médical du patient. La loi HPST ne levait pas cette ambiguïté, en ne liant pas médecine générale, premier recours, coordination et prise en charge globale. Elle accréditait encore que la formule « *médecin généraliste pivot du système de soins* » soit « *incantatoire et abstraite* » [6].

Toutefois, les pouvoirs publics prenaient en compte l'intérêt de la gouvernance du champ de la santé ambulatoire pour qu'en 2010 (décret du 15 mars), la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) devienne la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et que soient créées les agences régionales de santé (ARS). Cet intérêt traduisait un début d'évolution du système de santé au-delà d'une vision exclusivement hospitalière.

Ce n'est qu'en 2016 que la loi de modernisation du système de santé prévoyait explicitement à travers la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'existence d'un étage administratif pour structurer les soins de première ligne dans le champ ambulatoire. Ce dispositif a été précisé par la loi de juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, sa mise en place ne se faisant que très progressivement, avec des moyens pour le moment très limités. Pour éclairer les enjeux, on peut rapprocher les effectifs du personnel administratif du secteur hospitalier public supérieur à 100 000 agents (DREES, dossier n° 69, décembre 2020), des besoins futurs de 1 000 CPTS à l'échelon national. Pour le moment, si la première ligne et la médecine générale n'ont pas les fonctions supports nécessaires à une organisation efficace dans les territoires, elles bénéficient toutefois d'une construction administrative permettant de l'envisager à terme si la volonté politique les soutient.

Concomitamment, le paysage professionnel est en forte mutation. L'exercice collectif et pluriprofessionnel se développe très rapidement.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été introduites dans le Code de santé publique en 2007. Le début de ce nouveau mode d'exercice a été très progressif (291 MSP en janvier 2013) ; les créations sont maintenant nombreuses. Le ministère des Solidarités et de la Santé recensait 1 889 MSP en juin 2021 et 336 projets étaient en cours. Dès 2013, l'IRDES énonçait que le déploiement des maisons de santé se faisait « *majoritairement dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre et proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes*[1] », répondant ainsi de manière appropriée aux besoins de la population. L'installation dans ces structures collectives et pluriprofessionnelles correspond par ailleurs aux vœux majoritaires des étudiants comme de leurs enseignants exprimés de manière récurrente dans les enquêtes conduites dans les facultés, comme dans celles de la DREES.

En 2019, selon cette dernière, 61 % des médecins généralistes exerçaient en groupe (+ 7 % en 10 ans) et 81 % des moins de 50 ans avaient opté pour cet exercice collectif [7].

De surcroît, l'exercice en MSP « semble s'accompagner d'une meilleure réponse aux objectifs de santé publique tels que mesurés par la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique)[2] ».

Pour viser de meilleures pratiques ainsi qu'un meilleur bénéfice individuel et collectif pour la santé des patients, l'objectif est que l'exercice en groupe ne soit pas la somme d'exercices individuels mais résulte d'un projet de santé partagé entre professionnels, de collaborations intra- et interprofessionnelles effectives. Tel est l'enjeu de la mutation du paysage sanitaire de première ligne et du développement des MSP.

L'organisation d'une médecine générale de première ligne reconnue maille le territoire et dispose des moyens nécessaires pour remplir ses fonctions : être un recours pour toute demande de soins et d'expertise sur la santé de chacun et régler plus de 80 % des demandes, pour n'adresser que les patients ayant réellement besoin des soins de deuxième et troisième lignes. Ce dispositif a été décrit collectivement par les acteurs de la médecine générale dans le *Manifeste pour un système de santé organisé*, publié par le Collège de la médecine générale et relayé par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), composante académique de la profession [2].

De l'exercice collectif interprofessionnel au sein des MSP, en passant par les établissements communautaires sanitaires de proximité (ESCP) décrits par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, jusqu'aux moyens administratifs et financiers donnés aux CPTS, le système sanitaire pourrait être orienté vers les soins premiers/primaires au bénéfice des patients et de la collectivité.

---

1 IRDES. Questions d'économie de santé. Septembre 2013, n° 190.
2 IRDES. Questions d'économie de santé. Mai 2021, n° 258.

Domaine économique

L'évolution traduit paradoxalement la part économique de moins en moins importante consacrée à la médecine générale dans le système de santé, a contrario de l'affichage politique sur l'importance de la médecine de première ligne.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'est élevée en France en 2020 à 209 milliards d'euros (+ 17 % en 10 ans, + 10 % en euros constants), soit 3 109 euros par habitant [8]. Le budget de l'hôpital est passé de 46 à 48 % de la dépense en 10 ans (de 35 à 37,5 % pour l'hôpital public). Le budget relatif aux soins des médecins du secteur ambulatoire est resté assez stable, celui des médicaments également, alors que l'augmentation a été importante pour les transports et les auxiliaires médicaux (+ 40 %).

La diminution structurelle la plus notable concerne les honoraires des médecins généralistes. Ces honoraires représentaient 5 % de la CSBM en 2011, 4,8 % en 2016 et 4,6 % en 2020. Ils représentaient 87 % des honoraires des autres médecins spécialistes en 2011, 84 % en 2016 et 80 % en 2020, la masse des honoraires en clinique privée n'étant pas prise en compte dans ce calcul alors qu'elle constitue plus de 35 % d'honoraires supplémentaires pour les autres médecins spécialistes.

Les honoraires des médecins généralistes sont constitués pour 76 % par les actes (consultations 67 % et visites au domicile 9 %), pour 18 % par les rémunérations forfaitaires, et pour 6 % par les actes techniques. Ils sont constitués pour 77 % par les actes techniques pour les spécialistes non généralistes.

La rémunération des professionnels médicaux suit la même tendance. Cette dernière n'est pas spécifiquement française. Dans la plupart des pays, la rémunération des spécialistes non généralistes est supérieure à celle de ces derniers. En revanche, les statistiques de l'OCDE pour la période 2010–2019 montrent pour la France une aggravation de l'écart de rémunération alors qu'il existe une tendance à la correction pour des pays comparables (Autriche, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Australie).

L'OCDE estime pour la France le revenu des médecins généralistes à environ 3 fois le salaire moyen/médian contre 5,1 pour le revenu du spécialiste non médecin généraliste, soit 70 % de plus que celui du médecin généraliste. Ce déséquilibre s'observe dans des pays comparables comme la Belgique ou le Canada ; il est beaucoup moins marqué aux Pays-Bas (40 % de plus) ou en Allemagne (20 % de plus)[3].

Cela porterait le revenu moyen du médecin généraliste entre 68 000 et 82 000 euros par an. Les chiffres de la DREES évaluent le revenu des médecins généralistes plutôt à 91 000 euros par an, contre 151 000 euros pour les spécialistes non médecin généraliste, avec un déséquilibre de proportion équivalente à celle relevée par l'OCDE.

Pour les médecins généralistes, le temps de travail hebdomadaire très important quoique de plus en plus hétérogène au sein de la profession, aboutit au constat d'une profession médicale parmi les moins bien rémunérées. Les seules spécialités à revenus comparables sont celles où l'activité clinique et intellectuelle est prépondérante avec peu d'actes techniques, comme les pédiatres par exemple.

Domaine démographique

La démographie médicale est en 2022 sous les feux de l'actualité compte tenu de la difficulté d'accès aux soins d'une partie de la population et de la volonté des élus de trouver des solutions à court terme.

Le débat est souvent centré autour de la médecine générale, car l'absence de la médecine de première ligne a un impact immédiatement visible et retentit sur les indicateurs de santé.

La Caisse nationale d'Assurance Maladie a annoncé en décembre 2021 que 11 % de la population n'avait pas de médecin traitant (versus 9,8 % en 2017), soit environ 6 millions de personnes. Parmi eux, plus de 3 millions de personnes ont moins de 16 ans avec un déficit d'inscription des enfants lié au caractère récent du dispositif les concernant ; 1 million de personnes ont plus de 60 ans ; 620 000 ont une affection de longue durée et ont à l'évidence besoin de soins.

L'évaluation des besoins est difficile car il existe une grande différence entre les diplômés de médecine générale et les professionnels généralistes exerçant la médecine générale. Les premiers, classés en omnipraticiens, sont 94 538 en 2021 selon la DREES [9]. Les seconds sont à la même période selon l'Assurance Maladie environ 52 500. Ce chiffre correspond aux professionnels exerçant réellement la médecine générale en contexte ambulatoire.

Selon la DREES, la densité est donc de 140 omnipraticiens pour 100 000 habitants mais la réelle densité de médecins généralistes est de 78 pour 100 000 habitants selon les chiffres de l'Assurance Maladie.

La grande différence entre ces chiffres est due à plusieurs facteurs. Pour une faible part, quelques milliers de professionnels omnipraticiens exercent le plus souvent en libéral une activité exclusive dite à exercice particulier et ne correspondant pas à un exercice conforme aux données de la science, ni à la définition européenne de la médecine générale. Pour la part de loin la plus importante, plusieurs dizaines de milliers de professionnels exercent une activité en très grande majorité salariée dans des établissements de santé et donc sans rapport avec une médecine de première ligne. Ces professionnels sont issus de la formation en médecine générale, soit avant le diplôme d'études spécialisées (DES de médecine générale) en 2004 où le troisième cycle de médecine générale ne débouchait pas sur une spécialité, soit avant la réforme du DES de médecine générale de 2017 où l'exposition à la médecine générale se limitait la plupart du temps à 6 mois et où il était difficile d'y forger une identité professionnelle. Ainsi, des contingents entiers d'étudiants du troisième cycle de formation en médecine générale ont été recrutés par les services hospitaliers malgré les nombreuses alarmes émises par les universitaires de médecine générale. La DREES comptabilise presque 20 000 diplômés

[3] Panorama de la santé 2021 : les indicateurs de l'OCDE. Disponible https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr

de médecine générale salariés des établissements de santé pratiquant la médecine hospitalière, et presque 15 000 salariés dans d'autres établissements que des hôpitaux.

L'absence de phase de consolidation dans le DES de médecine générale et donc d'année professionnalisante est un handicap pour que les étudiants en médecine générale soient prêts à s'installer à l'issue du DES.

Le nombre total de médecins est globalement stable depuis 10 ans, mais le nombre des diplômés de médecine générale a diminué de 5,6 %, alors que les effectifs des autres spécialités ont augmenté de 6,4 %. En termes de diplômés de médecine générale, les 94 538 représentent 44 % des 214 000 médecins en exercice mais, en termes de médecins généralistes, les 52 500 professionnels représentent à peine 25 % des médecins en exercice compte tenu du problème d'orientation des diplômés évoqué ci-dessus.

Ce déséquilibre en défaveur de la médecine de première ligne puise ses racines dans une gouvernance historiquement hospitalo-centrée du système de santé.

Sans aller jusqu'aux préconisations du grand rapport de la commission pour la libération de la croissance française sous la direction de Jacques Attali en 2008 qui préconisait un ratio de 80 % de médecins généralistes pour 20 % de spécialistes hors médecine générale, il est communément admis qu'un système de santé organisé efficient devrait comporter au moins 50 % de médecins de première ligne. Nous en sommes donc très loin, ce qui pénalise la qualité des soins, l'exercice médical en soins primaires et le fonctionnement du système de santé.

La répartition géographique est d'interprétation difficile pour les médecins généralistes car les statistiques de la DREES ou de l'Ordre des médecins prennent en compte les diplômés de médecine générale et pas uniquement les médecins exerçant la médecine générale, alors que les premiers sont bien plus nombreux que les seconds.

Compte tenu de la proportion réelle de 25 %, il n'existe aujourd'hui aucune zone du territoire surdotée en médecins généralistes et les besoins sont partout. L'exemple de Paris et de l'Ile-de-France est éloquent. Le nombre de médecins diplômés de médecine générale en exercice est équivalent à la moyenne nationale en Ile-de-France, supérieur à Paris intra-muros, mais la concentration très forte en hôpitaux où beaucoup de ces diplômés exercent une médecine hospitalière enlève beaucoup de signification à cette statistique. Le nombre de patients sans médecin traitant en Seine-et-Marne est important et la petite couronne n'échappe pas à cette règle avec 13 % de patients sans médecin traitant.

Le maillage du territoire par les médecins exerçant la médecine générale reste toutefois de loin le meilleur de toutes les spécialités confondues.

Aujourd'hui, les médecins généralistes ont en moyenne 941 patients enregistrés auprès d'eux en tant que médecin traitant et ce nombre a augmenté d'environ 4 % ces quatre dernières années. Pour que l'ensemble de la population française ait un médecin traitant, il faudrait que chaque médecin généraliste ait un peu plus de 1 250 patients enregistrés, ce qui nécessiterait que les médecins aient un temps médical préservé et des emplois supports pour les aider dans leur activité professionnelle.

Domaine universitaire

Formation

Après le tronc commun des deux premiers cycles, la formation en médecine générale est organisée en un diplôme d'études spécialisées (DES) de 3 ans. Ce DES est singulier puisqu'il est le plus court de toutes les spécialités et qu'il est le seul à ne pas comporter une phase de consolidation, après les phases dites « socle » et « d'approfondissement ».

Sur le plan pédagogique, la nécessité d'une phase de consolidation est pourtant d'évidence. Le DES de médecine générale doit faire passer les étudiants d'un modèle hospitalier du deuxième cycle à un modèle ambulatoire avec des situations cliniques, des données de la science, des démarches et des décisions spécifiques, leur permettre de construire des compétences dont l'ensemble est différent de celles des spécialités hospitalières, les conduire à structurer un projet professionnel en dehors du contexte hospitalier et s'approprier la vie professionnelle dans ce contexte nouveau. Il est donc paradoxal de s'alarmer des freins à l'installation en médecine générale sans agir sur le levier de la formation initiale permettant de la favoriser.

En dehors de cette anomalie, la réforme de 2017 a permis de réelles avancées pour la formation en médecine générale. Après l'étape de 2004 faisant de la médecine générale une spécialité, celle de 2017 a permis de mettre une œuvre une maquette de formation plus cohérente avec un minimum de deux semestres en médecine générale (au lieu d'un seul), avec la possibilité, dans quelques cas, de réaliser trois voire quatre semestres de formation en médecine de première ligne [10].

Elle a permis de sortir de la formation en médecine générale les étudiants se destinant notamment à la médecine d'urgence et à la gériatrie, en créant des DES spécifiques à ces disciplines. Le DES de médecine générale n'est donc plus un DES de « passage » pour d'autres disciplines, ce qui permet de créer une identité disciplinaire dans la formation, ce qui n'avait pas été possible auparavant. Le résultat est immédiat en termes de projet professionnel puisque selon des données préliminaires, plus de 80 % des étudiants en troisième cycle de médecine générale se destinent à l'exercice de leur discipline, contre à peine 50 % auparavant.

Dans le même temps, à l'issue de négociations informelles, les tutelles ont accepté de ne pas réduire la proportion d'internes en médecine générale en dessous de 40 % du nombre total d'internes dans la nouvelle configuration de la réforme 2017. Cette proportion était auparavant plus importante, de l'ordre de 50 %, mais comprenait tous les internes se destinant à d'autres spécialités en passant par le DES de médecine générale.

L'autre nouveauté importante depuis la réforme 2017 concerne le choix positif des étudiants. Autrefois spécialité délaissée, ce qui apparaît compréhensible vu les éléments contextuels abordés dans ce chapitre, la médecine générale les intéresse aujourd'hui beaucoup plus. En 2021, à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN), les 3 280 postes classiques en troisième cycle de médecine générale ont tous été choisis, et 209 postes d'engagement de service public sur 238 ont été choisis, soit 99,2 % de postes en médecine géné-

rale pourvus au total. Ce résultat avait été identique en 2019 et 2020, et il est inédit depuis le début du DES de médecine générale en 2004 que l'ensemble des postes ouverts soient pourvus. Ce résultat est nettement meilleur que les 93 à 95 % des trois années précédentes et surtout que les 82 et 84 % des années 2010 et 2011 pris ici à titre d'exemple. Pour résumer le chemin parcouru depuis lors, le symbole de la major des ECN choisissant médecine générale en 2021 contraste suffisamment avec les 609 postes en DES de médecine générale laissés vacants en 2004 à l'issue des premières ECN.

La discipline commence à recueillir les fruits de l'introduction de la médecine générale à l'Université, lui donnant une meilleure visibilité et permettant aux étudiants d'en saisir l'intérêt et l'attractivité professionnelle.

La filière universitaire de médecine générale a été créée par la loi du 8 février 2008.

La nomination des premiers chefs de clinique en médecine générale en 2007, la nomination des premiers professeurs des universités titulaires par la voie de l'intégration en 2009, la création de la sous-section 53-03 de médecine générale au sein du Conseil national des universités (CNU) en 2015, jalonnent l'irruption de la spécialité médecine générale dans l'Université et traduisent également le caractère très récent de cette innovation.

En 2022, il existe 91 enseignants-chercheurs titulaires en médecine générale dont 45 professeurs des universités et 46 maîtres de conférences, 208 professeurs et maîtres de conférences associés, 166 chefs de clinique et 88 assistants universitaires de médecine générale. Ces nombres sont encore très loin des besoins à 10 ans qu'estimait en 2015 pour la filière universitaire le rapport Druais remis à Madame la ministre de la Santé, puisqu'il les chiffrait à 250 enseignants-chercheurs titulaires et 500 enseignants associés.

Le poids de la médecine générale dans l'université médicale reste faible. La médecine générale disposant d'environ un universitaire temps plein pour 70 étudiants de troisième cycle, alors qu'il est estimé à un pour 10 étudiants pour les autres disciplines médicales.

L'élan insufflé par le CNGE et les Collèges régionaux a permis de passer de quelques centaines de maîtres de stage des universités (MSU) à l'origine, à 4 739 MSU au 1er janvier 2011 et à 11 837 MSU au 1er janvier 2021 [11], ce qui représente plus de 20 % du corps professionnel engagé concrètement au quotidien dans la formation de leurs futurs pairs. C'est une formidable réussite, d'autant qu'il s'agit à la fois du levier le plus efficace pour favoriser l'installation future des étudiants dans les territoires et d'un levier pour améliorer les pratiques professionnelles des MSU.

Recherche

Les données issues des soins premiers/primaires manquent pour améliorer la qualité des soins au plan international. L'OMS avait appuyé en 2008 la nécessité de développer cette recherche. À ce moment-là, en France, la recherche en médecine générale était quasi inexistante faute de filière universitaire et d'enseignants-chercheurs.

Depuis dix ans, les enseignants-chercheurs de la discipline ont publié plus de mille articles dans des revues indexées sur Medline (données en cours de publication). Si l'augmentation de la publication en médecine générale est une tendance internationale et si la place de la France reste encore modeste notamment par rapport aux pays ayant une antériorité dans ce domaine, la progression de la quantité d'articles indexés publiés est supérieure à 100 % entre 2011 et 2021.

Cette production de données a pour objectif de nourrir les recommandations de bonnes pratiques qui sont encore très majoritairement issues de données hospitalières donc de contexte différent et, dans ce cadre, pas toujours pertinentes ni applicables en médecine générale.

La reconnaissance du travail des enseignants-chercheurs de médecine générale a abouti très progressivement et très récemment, à leur représentation au sein des grandes institutions de recherche française notamment l'Inserm. Cette évolution encore balbutiante marque une nouvelle étape pour la place de la médecine générale dans le système universitaire français.

Les enjeux de demain

La place de la médecine générale s'est considérablement renforcée dans le système de santé durant ces vingt dernières années.

Son universitarisation permet à la fois la production de données issues des soins premiers/primaires, la diffusion de la culture de la formation et de la recherche dans le tissu professionnel et une nouvelle motivation des étudiants pour la profession.

Pour autant, l'absence de structuration claire du système de santé comme son hyperspécialisation restent des menaces pesant sur la qualité des soins, la lisibilité du système par les patients, la soutenabilité financière du système et l'accès solidaire à la santé.

La multiplication de professions autorisées par les tutelles à exercer du soin sans la formation scientifique adéquate, sans aucune notion de parcours de santé organisé, nuit considérablement à la cohérence d'un système de santé organisé. La multiplication de certains actes techniques inutiles avant même la prise en compte de l'abord humain du soin, liée avant tout au déséquilibre démographique, nuit tout autant à la qualité des soins en augmentant la iatrogénie et en gaspillant les ressources de la collectivité.

La marchandisation de la santé, la recherche de bénéfices commerciaux en augmentant globalement le coût des soins en ayant recours à des technologies sans en évaluer le rapport bénéfices/coût, vient en contrepoint des efforts de la médecine générale et de sa responsabilité médicale et sociale à l'instar de celle énoncée pour les facultés de médecine [12].

Dans ce paysage, le développement d'une médecine générale ancrée dans les territoires, alliant la rigueur scientifique à l'approche centrée sur le patient dans le souci d'une prise en charge globale de sa santé, est un formidable enjeu pour la santé individuelle et collective de la population. Elle légitime sa place dans le système de santé que promeut l'OMS et dont l'intérêt est attesté par les données scientifiques.

Références

[1] Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. WONCA Europe ; 2002.

[2] Collège national des généralistes enseignants/Collège de la médecine générale. Manifeste pour un système de santé organisé. [En ligne] Paris: CNGE ; 28 mars 2019. Disponible sur : www.cnge.fr.

[3] Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. JAMA Intern Med 2019 ;179(4):506–14.

[4] Hassenteufel P. Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne. Paris: Les Presses de Sciences Po ; 1997.

[5] Taha A, Boulet P, Beis JN, et al. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015. la construction interne de la FUMG exercer 2015 ;122:267–82.

[6] Cartier T, Mercier A, De Pourvouville N, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. exercer 2012 ;101:65–71.

[7] Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Études et résultats DREES n° 1114, mai 2019. [En ligne] Paris: DREES ; 2019. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[8] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les comptes de la santé 2020. Édition 2021. [En ligne]. Paris: DREES ; 2021. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques. Les dossiers de la DRESS n° 76, mars 2021. [En ligne]. Paris: DREES ; 2021. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[10] Arrêtés du 12 avril 2017 portant organisation du 3e cycle des études de médecine et du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Journal officiel du 14 (texte 13/182) et du 28 avril 2017 (texte 29/193). [En ligne]. Disponibles sur : https://www.legifrance.gouv.fr/.

[11] Collège national des généralistes enseignants. Communiqué du CNGE et du SNEMG. Grâce au travail des Collèges et des DMG, près de 12 000 maîtres de stages des universités exercent en France en 2021. [En ligne]. Paris: CNGE ; 2021. Disponible sur : sur www.cnge.fr.

[12] Boëlen C, Heck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. [En ligne]. Genève (Suisse): OMS ; 1995. Disponible sur : https://apps.who.int/.

L'exemple de la prévention

Mathilde François, Julien Le Breton

PLAN DU CHAPITRE

Missions et rôles du médecin généraliste. 9
Cadre théorique 10
Enjeux pour la pratique. 10
Compétences 13
Perspectives et propositions 14

Missions et rôles du médecin généraliste

La démarche préventive repose sur l'interaction entre les professionnels et les patients dans l'optique de favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Les médecins généralistes sont les praticiens les plus proches et le plus fréquemment en contact avec la population. Cette proximité leur donne un rôle privilégié d'écoute, de conseil et de prévention, indispensable pour une vision à long terme de la santé et du bien-être des patients. Dès la naissance et tout au long de la vie, le médecin généraliste est un interlocuteur de premier recours, au côté des autres intervenants de soins primaires comme la protection maternelle et infantile (PMI), la santé scolaire, les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) ou les services de santé au travail (figure 2.1).

La loi HPST (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) définit pour la première fois de façon concrète la mission du premier recours et le rôle joué par le médecin généraliste : orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social, coordination des soins, synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, prévention et dépistage, permanence des soins. Elle définit également le **contrat local de santé** (CLS) pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions au plus près des populations et proposer des parcours de santé cohérents et adaptés à l'échelon local. Il est mis en œuvre sur un territoire de proximité identifié comme prioritaire à partir d'un diagnostic de santé partagé. Il permet de mobiliser des leviers du champ sanitaire (prévention, soins, médico-social) et d'autres politiques publiques (déterminants socio-environnementaux) en s'appuyant sur des démarches participatives (démocraties sanitaire et locale). Cette organisation dessine pour le médecin généraliste les contours d'une activité de prévention en lien avec de nombreux acteurs — il est maillon d'une chaîne — dans une approche populationnelle sur son territoire, avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes (universalisme proportionné).

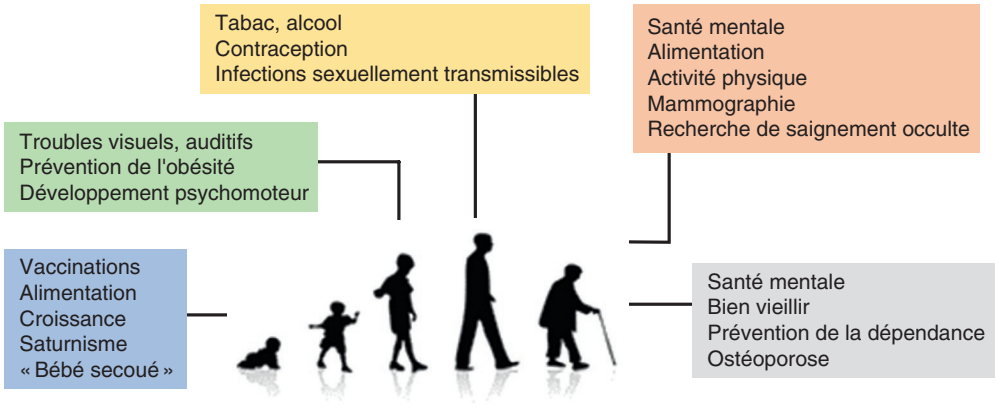


Fig. 2.1 Exemples de prévention à tous les âges de la vie.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Elle nécessite d'insérer son action individuelle dans le cadre d'une action collective, d'une politique publique de santé. Elle nécessite également que le médecin généraliste prenne toute sa place dans le renforcement de la démocratie sanitaire au niveau local, afin de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

Cadre théorique

La **santé publique** est une activité organisée de la société visant à promouvoir, à protéger, à améliorer et, le cas échéant, à rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière. Elle se démarque de la clinique essentiellement sur deux plans :

- elle privilégie la prévention, la promotion de la santé aux traitements purement curatifs ;
- elle se fonde sur une approche populationnelle plutôt qu'une approche centrée sur les problèmes de santé individuels des personnes.

La **prévention** est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents, des handicaps (OMS, 1948). L'OMS a proposé la distinction, aujourd'hui classique, entre prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire, de façon chronologique, comme une vue du médecin sur une tâche à réaliser avant la survenue d'un événement (figure 2.2).

En 1985, Jamoulle envisage la prévention selon une vision relationnelle et a ainsi redéfini le concept de prévention quaternaire [1]. Il a réalisé un schéma où se croisent deux axes : un axe horizontal (la vision du médecin) et un axe vertical (la vision du patient), répartissant ainsi la prévention en quatre champs (figure 2.3) [1, 2] :

- **la prévention primaire** a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes. Une bonne alimentation, la pratique d'une activité physique, la vaccination, le brossage des dents sont tous des exemples de prévention primaire. Elle vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population (par exemple, population d'un quartier, d'une ville, d'une école) en diminuant l'exposition aux facteurs de risque en amont de ceux-ci ;
- **la prévention secondaire** vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade précoce où la prise en charge efficace des individus malades peut intervenir utilement. La réalisation du frottis cervico-utérin, la mammographie, la recherche de saignement occulte dans les selles sont des exemples de prévention secondaire. Elle vise à diminuer la prévalence d'une maladie en interrompant un processus morbide avant l'apparition des symptômes pour en limiter les conséquences ;
- **la prévention tertiaire** a pour objectif de diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des récidives, des complications, des invalidités consécutives à la maladie. La réadaptation cardiaque après un infarctus du myocarde, l'activité physique chez les patients qui ont eu un cancer en sont des exemples. Elle est complémentaire de la démarche thérapeutique, par l'éducation thérapeutique du patient notamment ;
- **la prévention quaternaire** se caractérise par l'ensemble des activités de santé destinées à atténuer ou à éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé. Elle vise à protéger les patients de la surmédicalisation.

Enjeux pour la pratique

Prévention primaire

La prévention primaire s'adresse à un individu ou une population indemne de la maladie. Le terrain de la prévention primaire est tellement vaste qu'il est impossible à balayer dans son intégralité au cours d'une consultation de médecine générale. Cette prévention touche des domaines très variés tels que la vaccination, l'information sur les risques du tabac, de l'alcool, des drogues, sur l'intérêt de la pratique sportive… Une des spécificités du médecin généraliste est de bien connaître les patients et de pouvoir adapter ses actions de prévention primaire en fonction de leurs besoins. Ainsi, pour un bébé, la prévention primaire s'axe plutôt sur la vaccination obligatoire, le couchage, le tabagisme passif, selon les parents ; pour un adolescent, sur la drogue, la sexua-

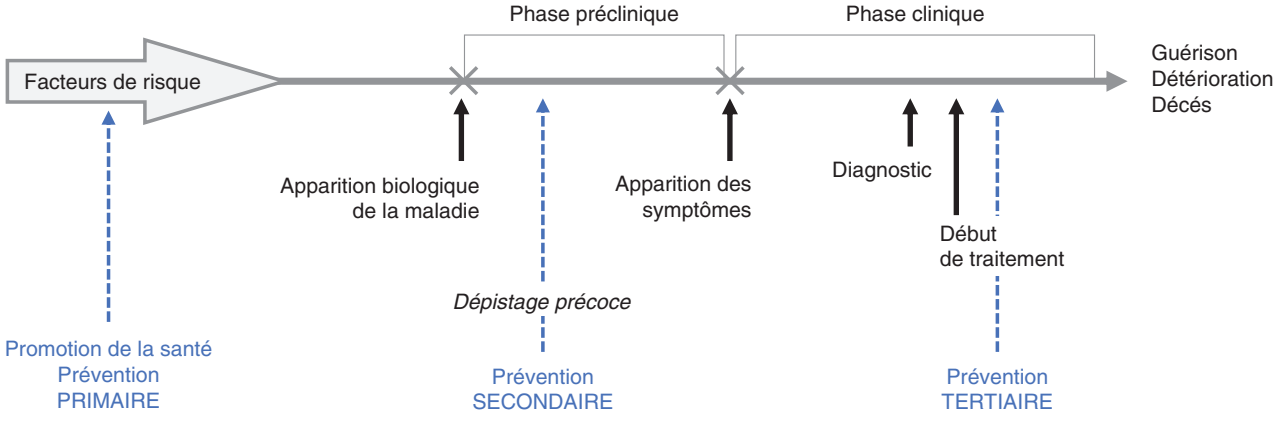


Fig. 2.2 Vision chronologique de l'activité de prévention : prévention et évolution naturelle de la maladie.

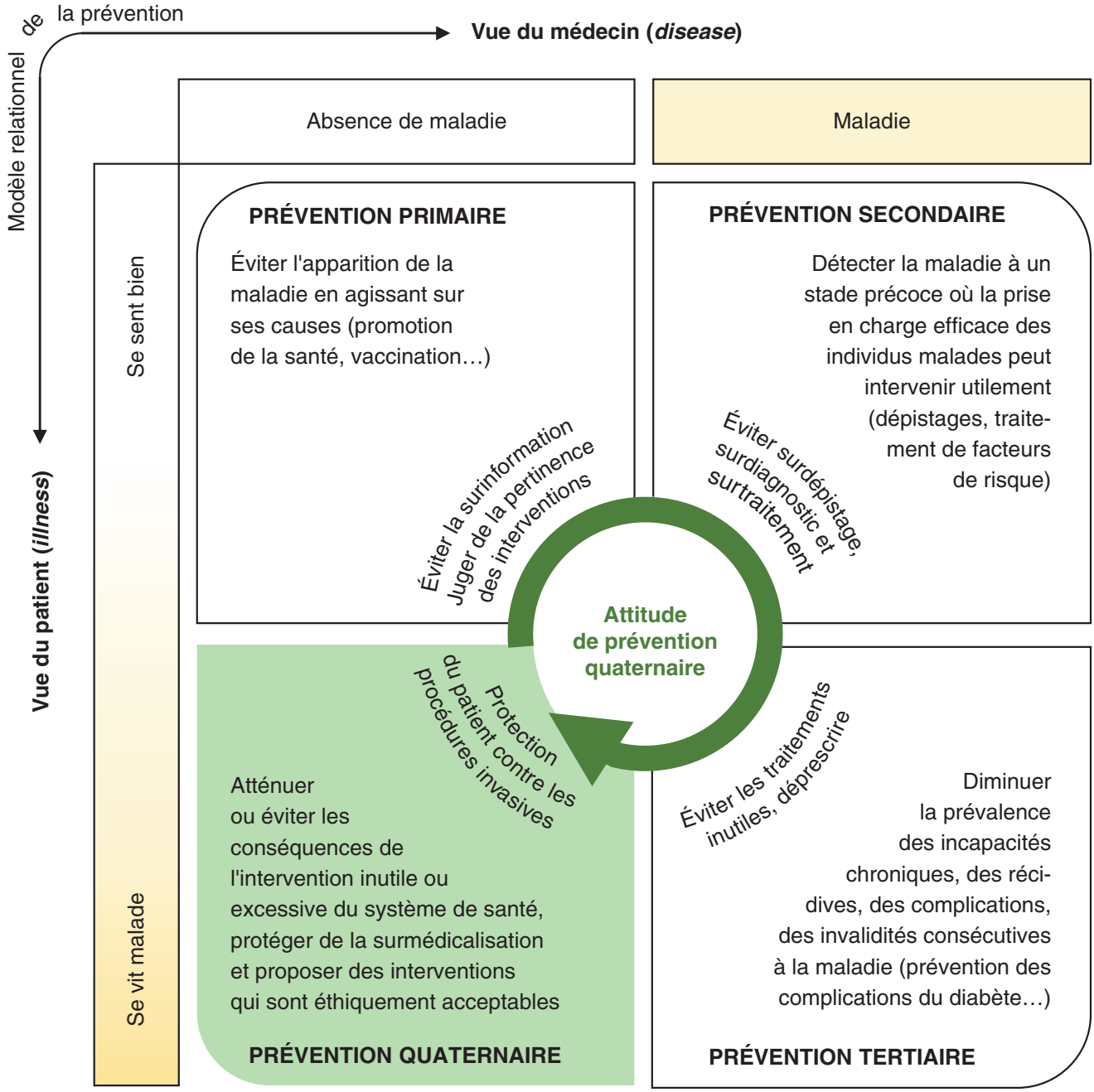


Fig. 2.3 Vision relationnelle de l'activité de prévention. *(Adapté de : Jamoule M, Roland M. Quaternary prevention. Hong-Kong Wonca Classification Committee, 1995.)*

lité… ; pour un adulte en surpoids, sur l'activité physique, la consommation d'alcool… L'enjeu est de l'intégrer dans une pratique systématique quand le patient n'en est pas demandeur, de hiérarchiser les interventions sur leur potentiel et leur pertinence dans une situation donnée et de partager ses décisions avec le patient.

Prévention secondaire

La prévention secondaire vise à « *diminuer la prévalence d'une maladie dans une population* ». Le dépistage est une activité de prévention secondaire visant à identifier de façon présomptive et probabiliste à l'aide d'un test les personnes atteintes d'un problème de santé latent, passé jusque-là inaperçu. Le dépistage concerne donc des personnes en bonne santé apparente, excluant tout symptôme ou anomalie biologique qui justifierait d'emblée une démarche diagnostique. La mise en place du dépistage d'une maladie répond à des critères validés par l'OMS et présentés dans l'encadré ci-après. Pour être pertinent, un dépistage porte sur une maladie fréquente, curable, utilise un test fiable et validé, est acceptable pour le patient, le médecin et la collectivité, et permet de réduire la morbimortalité associée à cette pathologie dans la population cible.

Critères établis par l'OMS en 1970 pour la mise en œuvre du dépistage d'une maladie

- La maladie constitue une menace grave pour la santé publique.
- Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré.
- Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
- La maladie est décelable pendant une phase de latence.
- Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
- L'épreuve utilisée est acceptable pour la population.
- L'histoire naturelle de la maladie est connue.
- Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- Le coût de la recherche des cas n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.

La prévention secondaire touche des domaines très variés tels que le dépistage des cancers, le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, diabète…). Pour chaque patient, le médecin généraliste cible les actions de prévention secondaire à réaliser.

Prévention tertiaire

La prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une démarche pédagogique structurée pour aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour suivre les traitements prescrits. Une planification en quatre étapes apporte un cadre cohérent à l'action des soignants : diagnostic éducatif, programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage, séances individuelles ou collectives, évaluation des compétences acquises. Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en soins du patient. Elle comprend un bilan éducatif partagé, permettant au médecin d'évaluer avec le patient où il en est, puis de convenir de ce qui pourrait l'aider à mieux prendre soin de lui (cf. encadré).

Les questions du bilan éducatif partagé

Qu'a le patient ? Faire le tour précis du problème médical.
Que sait le patient ? Ses connaissances sur sa maladie, ses représentations.
Qui est le patient ? Ses traits de caractère, son profil psychosocial, son environnement.
Que fait le patient dans la vie ? Aspect socioprofessionnel, type de travail et loisirs.
Quel est le projet du patient ? Comment se projette-t-il dans l'avenir avec sa maladie.

Les dossiers médicaux ne sont actuellement pas conçus pour permettre un enregistrement facile des données issues des entretiens d'éducation thérapeutique. L'enjeu est la nécessité d'organiser différemment la consultation de suivi, de gérer les nombreux motifs de consultation et la difficulté de faire revenir le patient pour des consultations éducatives.

Prévention quaternaire

La prévention quaternaire comprend l'ensemble des actions de santé visant à atténuer ou éviter les conséquences d'interventions inutiles ou excessives. Elle constitue une approche complexe et nécessaire, orientée vers les soins centrés sur la personne, la promotion de l'équité dans les soins de santé et l'évitement des préjudices. Elle doit être présente dans l'esprit des médecins pour chaque intervention qu'ils suggèrent à un patient. Ainsi, toute décision devrait pouvoir s'appuyer sur la balance bénéfices-risques de l'intervention proposée. À ce jour, un certain nombre de données sont manquantes pour que les médecins puissent évaluer aisément la balance bénéfices-risques de chaque intervention proposée. Dans les articles scientifiques, les médecins ne disposent le plus souvent que de l'*odds ratio* (OR) ou du risque relatif (RR) pour juger de l'efficacité d'un traitement. Pourtant, ces éléments statistiques ne sont pas les plus pertinents pour le clinicien. Celui-ci, pour sa pratique, devrait avoir connaissance du nombre de patients à traiter ou à dépister pour qu'au moins l'un d'entre eux en tire un bénéfice (NNT ou NNS) et le nombre de patients à traiter pour qu'au moins l'un d'entre eux ait un effet indésirable (NNH). Ces informations sont nécessaires pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, outils qui se développent ces dernières années. La connaissance du délai moyen entre l'intervention préventive et l'amélioration de l'état de santé résultant de cette intervention est également indispensable ; les mesures et les méthodes pour le calculer sont encore sous-développées [3].

> Réduire le risque d'apparition d'une maladie de 50 % avec un traitement n'a pas du tout le même sens si cette pathologie touche 2 patients sur 100 que si elle en touche 50 sur 100. Dans le premier cas, traiter les 100 personnes permet d'éviter la pathologie chez 1 seul patient (NNT à 1/100), dans le second cas, chez 25 patients (NNT à 1/4).
> Le délai pour obtenir un bénéfice de la recherche de saignement occulte du cancer du côlon est de 10,3 ans, des statines en prévention primaire de 6 mois et du contrôle tensionnel et lipidique chez les patients diabétiques de 2 à 3 ans.

La découverte d'une masse ou d'une anomalie biologique sur un examen de dépistage peut aboutir à la suspicion de cancer. Or, il existe plusieurs types de cancers selon leur évolution (figure 2.4).

Toute la difficulté pour un clinicien devant un patient qui revient avec un examen de dépistage faisant suspecter un cancer est alors de savoir devant quel type de cancer il se trouve. Au niveau populationnel, toutes les vitesses d'évolution de cancer existent et il est possible que le résultat du dépistage entre dans le cadre d'un surdiagnostic où le traitement proposé au patient est plus néfaste que bénéfique pour lui [4]. Les progrès techniques et les dépistages de plus en plus précoces aboutissent à des découvertes de lésions de plus en plus petites, augmentant inéluctablement le nombre de surdiagnostics et donc également le nombre de patients

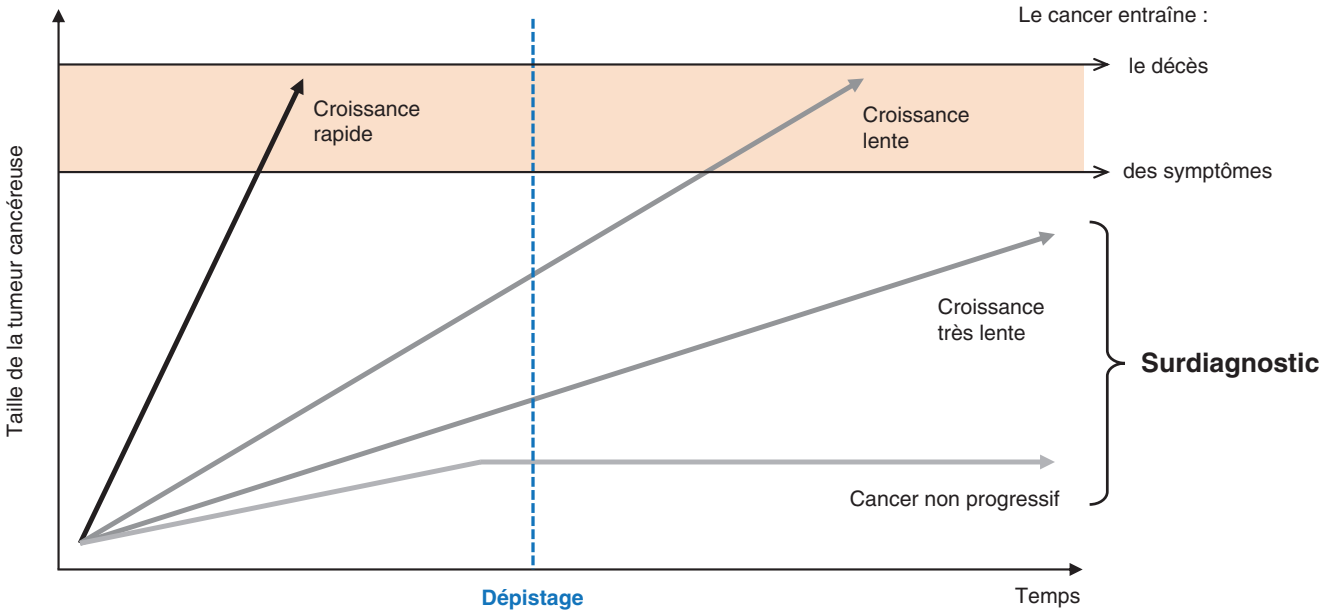


Fig. 2.4 **Surdiagnostic des tumeurs d'évolution lente.**

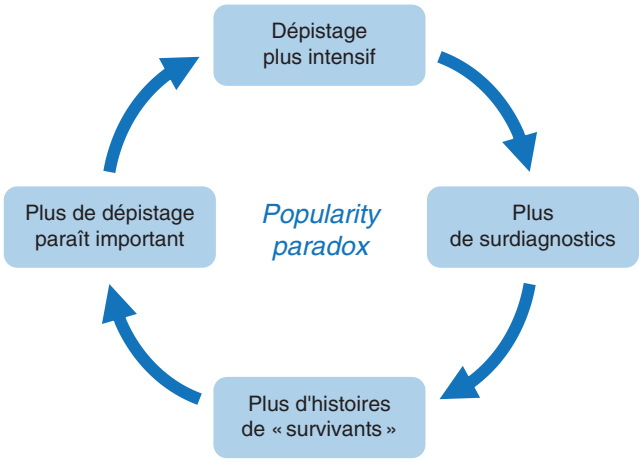


Fig. 2.5 **Le paradoxe de popularité du dépistage et du surdiagnostic.**

avec un pronostic favorable. Ceci aboutit à un cercle vicieux appelé le paradoxe de popularité (figure 2.5).

Compétences

La prévention est une des six compétences génériques du médecin généraliste (cf. figure 6.1 au chapitre 6) : éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire.

À première vue, c'est simple ! Il suffit d'interroger et d'examiner : recueil des antécédents familiaux au premier et deuxième degré, comportements à risque (tabac, alcool, alimentation, activité physique…). Il suffit de prescrire quelques examens de dépistage, parfois frottis cervico-utérin chez les femmes de 25 à 65 ans, parfois recherche de sang dans les selles entre 50 et 74 ans, parfois mammographies chez les femmes de 50 à 74 ans. Il « suffit » de dépister spécifiquement les personnes les plus à risque. En réalité il est rare de disposer d'assez de temps pour tout : motif principal de consultation (et les autres !), durée de consultation limitée. Il est bien difficile de savoir ce qui est exactement recherché : le sevrage d'une consommation de tabac prévient le risque cardiovasculaire, les cancers et préserve le capital souffle… Le patient et son contexte sont à prendre en compte. A-t-il peur des conséquences ? Est-ce la priorité du moment ? Existe-t-il un problème de communication ? Et le résultat de l'action n'est pas visible, ou si peu. Un patient sevré du tabac ne remercie pas le médecin généraliste de ne pas avoir eu de cancer et a contrario un patient victime de surdiagnostic ne lui en veut que très rarement… Toute intervention médicale présente des bénéfices et des risques : les bénéfices sont plus faciles à observer et à garder en mémoire, les risques étant plus difficiles à évaluer… et à accepter. Toutes les interventions ne sont pas « organisées ». Tous les acteurs du dépistage ne sont pas d'accord (dépistage du cancer de la prostate, par exemple). Dans ces conditions, le médecin généraliste peut-il être utile ?

Intégrer et articuler l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage et les soins pour un même patient n'est pas une tâche aisée, demande du temps et des ressources. L'organisation personnelle et en équipe — le médecin généraliste n'est plus seul — du temps de travail est primordiale pour préserver sa capacité de travail et d'investissement. Pouvoir gérer et exploiter les données du dossier médical des patients permet au médecin impliqué d'avoir une démarche active de proposition systématique du dépistage. Ces exigences nécessitent de créer des outils pour mieux estimer les risques (outil informatique versus estimation intuitive) et mieux informer les patients sur la balance bénéfices-risques.

Le savoir-faire d'information et de communication avec les patients est également au premier plan. Les médecins adaptent leur communication aux possibilités de compréhension du sujet (littératie) pour expliquer et négocier, souvent en s'appuyant sur des outils (mode d'emploi dans la

langue du patient) et/ou des tiers (présence d'un tiers pour la traduction). Dans les situations sans problème communicationnel majeur, l'**écoute active** se révèle être la stratégie de communication la plus pertinente. Elle permet de créer les conditions d'une relation soignante adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie. Cette technique est particulièrement appropriée pour adopter une approche centrée sur le patient, s'agissant d'aider et donner les moyens au patient de gérer ses problèmes, de l'impliquer dans un projet de prévention (patient non demandeur) ou de l'accompagner et le motiver dans sa démarche (patient demandeur). Le processus est complexe quand il s'agit pour le médecin d'argumenter une proposition d'intervention en assumant sa position d'expert, et de prendre en compte ses préférences et affects et ceux du patient, voire de son entourage, tout en tenant compte du contexte personnel du patient. Ces positions à la fois d'expert, de partenaire, proactif, avec une approche globale peuvent sembler contradictoires. Pourtant, c'est bien la combinaison de ces savoir-agir complexes qui permet de viser un impact réel sur l'amélioration des pratiques de prévention des médecins généralistes (cf. encadré).

Les pratiques cliniques préventives : une posture complexe et exigeante

Être proactif

- Intégrer une stratégie globale de prévention dans sa pratique.
- Avoir l'initiative, proposer et proposer de nouveau.
- Utiliser sa propre conviction, s'impliquer personnellement.
- « Être vendeur » : valoriser l'intervention et minimiser ses inconvénients.

Prendre en charge globalement le patient, dans la durée

- Identifier le niveau de risque global et le contexte de vie.
- Penser moins en termes de risque (cancers) que de comportements (tabac).
- Hiérarchiser les interventions, intégrées au plan personnalisé de santé.
- Lutter contre les inégalités sociales de santé.

Être un partenaire

- Pratiquer l'écoute active.
- Débattre du (ou des) problème(s).
- Prendre en compte la perspective du patient.
- Prendre en compte l'agenda du patient.
- Explorer l'expérience de l'entourage.

Se positionner comme expert du problème

- Accepter sa position d'expert.
- Informer et expliquer le principe de l'intervention.
- Rationaliser l'intérêt de l'intervention.

Perspectives et propositions

Deux propositions radicales de systèmes d'action semblent nécessaires pour répondre aux exigences essentielles de l'activité de prévention du médecin généraliste : l'approche centrée sur le patient et la pratique réflexive.

L'**approche centrée sur le patient** est une démarche décisionnelle très souvent utilisée en soins primaires, à l'insu même parfois des médecins qui l'utilisent. Il s'agit d'un modèle dont l'origine est issue des travaux de Michaël Balint [5]. Bien qu'ancrée dans une perspective humaniste, intégrant les mêmes valeurs, il ne s'agit pas à strictement parler de l'approche centrée sur la personne telle qu'elle a été préconisée par Carl Rogers [6], qui avait pour but principal le soutien de la personne malade en favorisant un climat favorable à la relation psychothérapeutique. Proche du modèle biopsychosocial défendu par Engels [7], l'apport principal de l'approche centrée sur le patient est de mettre l'accent sur les aspects personnels, subjectifs autant que sur les déterminants psychosociaux qui président à la décision, et de proposer des modalités pour aider le médecin à adopter une démarche réellement centrée sur le patient. Il s'agit d'inciter les soignants à utiliser un mode de fonctionnement permettant une décision et une action qui tiendrait compte de la maladie mais aussi de la personne malade. L'objectif est d'offrir en toutes circonstances des soins de qualité en élargissant le modèle décisionnel classique (biomédical) pour prendre en compte la perspective et les possibilités du patient dans son environnement tout au long de la démarche décisionnelle [8]. Le concept d'approche centrée sur le patient est développé dans le chapitre 6 de cet ouvrage.

Une autre piste est de favoriser la réflexivité des médecins. La **pratique réflexive** s'enracine d'abord dans une posture, un rapport au monde, au savoir, à la complexité, une identité. Certes, sans savoirs, sans méthodes, sans habiletés, la réflexion n'est pas très élaborée. Mais nul ne développe de tels outils s'il n'a pas le désir de comprendre ce qui se passe dans son travail, la force de refuser la fatalité, le courage d'affronter ses propres ambivalences aussi bien que les résistances des autres. Il n'est pas confortable d'être réflexif. La réflexion invite le praticien à faire partie du problème, à assumer des responsabilités, à concevoir des stratégies alternatives, à s'engager dans des changements. Devant un patient qui refuse le dépistage ou la vaccination, le praticien réflexif se demande s'il s'y est bien pris, s'il a construit une relation adéquate, s'il a envisagé toutes les hypothèses pertinentes et toutes les démarches possibles. Il ne se dit pas « *ce patient n'est pas motivé, c'est sans espoir, je ne peux rien pour lui* » ; il cherche au contraire de nouvelles solutions. Cet engagement pratique et éthique ne va pas sans une implication personnelle, des moments d'espoir et d'autres de découragement. L'ambivalence est la règle : il y a des jours où il est tentant de « faire avec » la réalité. La recherche constante de solutions implique aussi des affrontements avec les autres, ceux qui voient les choses différemment et ne veulent être ni culpabilisés ni mobilisés. La posture réflexive relève donc fondamentalement de l'identité de la personne. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation est une proposition phare maintes fois proposée par Perrenoud [9] dans de nombreux ouvrages sur la formation des professionnels. La question se pose alors en formation initiale comme en formation continue de la place de l'évaluation de la réflexivité dans l'évaluation des pratiques médicales.

Références

[1] Jamoulle M, Roland M. Quaternary prevention. Hong-Kong Wonca Classification Committee, 1995.

[2] Mansour Z. Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective. Actualité et dossier en santé publique. 103. Paris: Haut Conseil de la santé publique, ADSP 2018 ;103:8–57..

[3] Lee SJ, Leipzig RM, Walter LC. Incorporating lag time to benefit into prevention decisions for older adults. JAMA 2013;310(24):2609–10.
[4] Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: How cancer screening can turn indolent pathology into illness. APMIS 2014;122(8):683–9.
[5] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1973. 422 p.
[6] Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. Paris; ESF: 1996. 235 p.
[7] Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatr 1980;137:535.
[8] Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine transforming the clinical method. 3rd edition. Thousand Oaks: Sage Publications; 2013.
[9] Perrenoud P. Enseigner: agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe. Paris: ESF; 1996.

Écologie des soins de santé

Le diagramme de White-Williams-Greenberg et ses conséquences

Pascal Clerc

PLAN DU CHAPITRE

Conséquences du positionnement de la médecine générale dans le système de santé 17
Conséquences de la géographie dans l'activité du médecin généraliste 19
Conclusion : un cabinet de médecine générale en refonte 20

L'écologie, du grec *oikos*, « maison », et *logos*, « science », est d'après le dictionnaire Larousse, la science ayant pour objet les relations des êtres vivants (animaux, végétaux, micro-organismes) avec leur environnement et les autres êtres vivants. La notion d'« écologie des soins médicaux » désigne les relations qui s'établissent entre la population et son environnement de soins. En montrant la position de la médecine générale dans le système de soins, White et d'autres chercheurs nous invitent à réinvestir une réflexion médicale spatialisée, géographique et populationnelle. C'est après la Seconde Guerre mondiale que débutent les travaux de ces pionniers qui irriguent encore la recherche en médecine générale de nos jours. Leur démarche, sémiologique et épidémiologique, ne pouvait s'ouvrir que sur des approches de santé publique (prévention, éducation), d'économie de la santé (organisation des soins) et de sociologie (inégalités sociales de santé). C'est toute cette trajectoire que White et ses successeurs donnent à voir. Ils démontrent qu'une vision exclusivement biomédicale en médecine n'est pas pertinente et qu'elle est nécessairement liée aux sciences humaines et à la santé publique.

Conséquences du positionnement de la médecine générale dans le système de santé

Le diagramme de White-Williams-Greenberg

C'est aux États-Unis et en Angleterre que se sont développés dans les années 1950, la réflexion, le recueil et la publication de données concernant la place de la médecine générale et des soins primaires dans le système de soins. Aux États-Unis, Kerr White et ses collègues ont effectué de nombreux entretiens avec des patients, des médecins, et ont compilé des dossiers médicaux hospitaliers et ambulatoires. Le résultat de ces recherches a été publié en 1961 sous le titre *The ecology of medical care* [1]. Cet article, résumé par un diagramme dénommé « carré de White » (figure 3.1), se fonde sur une population de 1 000 adultes ayant été exposés à un problème de santé au cours d'un mois. Parmi eux, 750 signalent des troubles de santé, 250 consultent un médecin, 9 sont hospitalisés et 5 sont adressés à un autre médecin. Une seule personne est hospitalisée dans un centre hospitalier universitaire. Ces données ont été confirmées par White en 1973, puis par Green en 2001, dans un contexte où les données de santé étaient plus nombreuses et normalement plus fiables [1, 2]. Les résultats montraient quelques variations par rapport aux données de White, sans remettre en cause la structure fondamentale du diagramme. Le résultat pour 1 000 personnes de tous âges et pour une période d'un mois, était que 800 d'entre elles présentaient un trouble de santé, 327 nécessitaient des soins, 217 consultaient un médecin, 113 consultaient un médecin généraliste, 65 demandaient un avis spécialisé ou s'adressaient à la médecine alternative, 14 recevaient des soins au domicile, 13 s'adressaient aux urgences et 8 étaient hospitalisés. Moins d'une personne était hospitalisée dans un hôpital universitaire.

Ces résultats montrent que les citoyens prennent en charge de manière autonome de nombreux symptômes, que les médecins sont consultés par moins d'un quart des personnes avec un trouble de santé, et que les médecins hospitaliers traitent des patients filtrés par l'ensemble du système de soins et nécessitant une gestion médicale en milieu

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

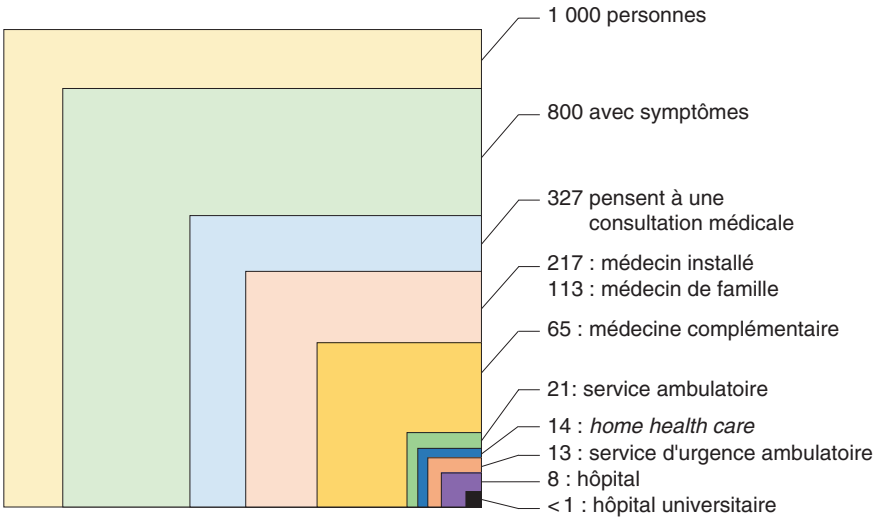


Fig. 3.1 L'écologie des soins (1960, revue en 2001). *(Sources : White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885–92; Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344(26):2021–5.)*

fermé. Les conséquences de ce travail sont d'une grande importance pour l'enseignement, la formation médicale initiale étant encore essentiellement hospitalière. Par son positionnement dans le système de soins et le tri des patients qui en résulte, le médecin hospitalier identifie et traite les troubles de santé grâce à la mobilisation de compétences techniques, tandis que le médecin généraliste, en population générale, utilise essentiellement l'examen physique et tient compte dans son raisonnement clinique de la fréquence des maladies et des risques potentiels. Ainsi, en médecine générale le risque d'une complication grave est faible, alors que cette probabilité est bien supérieure en milieu hospitalier. La prise en compte des données de ces études est en cours avec l'introduction de stages en milieu ambulatoire dans le cursus médical, en médecine générale comme dans d'autres disciplines.

La loi de répartition régulière des cas

La première conséquence du positionnement de la médecine générale dans le système de soins est son impact sur le type et la fréquence des maladies rencontrées. Là encore, c'est dans les années 1950 que J. et E. Horder au Royaume-Uni, R.N. Braun en Allemagne s'intéressent à l'analyse statistique des maladies auxquelles ils sont confrontés sur leur lieu d'exercice. Après dix années de recueil, et en prenant le soin de nommer ses diagnostics de façon identique, Braun mit en évidence une prévalence annuelle des diagnostics sensiblement similaires d'une année sur l'autre, mais aussi d'un lieu d'exercice à l'autre. La comparaison avec les travaux britanniques de même nature et à la même époque confirma ses résultats. Cette « loi de répartition régulière des cas » enrichit le concept de « carré de White » et démontre que la prévalence des états morbides est différente en ambulatoire et à l'hôpital, et que le médecin généraliste ne rencontrera pas toutes les maladies au cours de sa carrière (en moyenne trois cents, dont 95 % sont récurrentes) [3].

La validation de cette « loi » n'était possible qu'en nommant les entités pathologiques de la même façon. W.P.D. Logan a établi en 1952 au Royaume-Uni que l'absence de définition de certains états morbides entraînait une grande disparité de prévalence entre les médecins, disparité qui n'existait pas pour des entités nosologiques plus précisément définies comme le diabète ou l'asthme. Dans la lignée de ces travaux, Braun avec sa *Kasugraphie*, la Société française de médecine générale avec le *Dictionnaire des résultats de consultation* et la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) avec sa composante « diagnostics », ont rédigé des corpus avec définition des problèmes de santé traités en ambulatoire. Ces travaux sont indispensables pour que les praticiens puissent « *fonder leur démarche décisionnelle sur la prévalence et l'incidence spécifique des maladies en soins primaires* » [4].

Au stade précoce et non différencié des maladies

La seconde conséquence du carré de White est que le médecin généraliste inséré dans le milieu de vie des citoyens est confronté à une grande fréquence de symptômes et de syndromes. Toute la question est de savoir si le symptôme est potentiellement une maladie ou non. Formé au concept de maladie, fondamentalement lié à l'étiologie, la question pour le médecin généraliste est de décider de la pertinence d'une démarche d'investigation.

Or, les travaux épidémiologiques en médecine générale ont montré que le médecin était confronté à des symptômes et syndromes dans près de 60 à 70 % des cas et que seulement 2 à 5 % de ceux-ci évolueront vers une maladie [3]. Dans son rapport sur la définition européenne de la médecine générale, la WONCA conclut que la gestion du risque diagnostique est un élément clé de la discipline [4]. Il en résulte que, s'il est nécessaire de tenir compte des éventuels risques graves, il n'est souvent pas utile de se lancer dans une démarche d'investigation inutile, anxiogène et coûteuse !

Des problèmes de santé aigus et chroniques intriqués

White et ses collaborateurs ont suscité de nombreuses études pour affiner les premiers résultats. Thacker et al. en 1977 aux États-Unis ont montré que 86 % de la population de leur panel, quel que soit l'âge, avaient eu au moins une maladie pendant la période d'étude. La distribution des patients dans le système de soins était similaire chez Thacker et chez White. Parmi elles, 73 % rapportaient une maladie aiguë et 50 % au moins une maladie chronique. Seulement 58 % de la population s'est rendue chez le médecin dont 42 % pour une maladie aiguë et 35 % pour une maladie chronique [5].

C'est une autre particularité de la médecine générale que de gérer à la fois des problèmes aigus et chroniques, et la plupart du temps le patient consulte pour plusieurs affections dont le nombre augmente avec l'âge. En France, le nombre moyen de problèmes pris en charge pendant une consultation varie de 1,6 à 2,2, selon les études [6]. Un problème aigu est traité toutes les deux consultations, quel que soit le moment de la vie, alors qu'au-delà de 60 ans le médecin traite en moyenne quatre problèmes de santé chroniques par consultation. Le patient multimorbide représente 40 % des consultations d'un médecin généraliste, et cela ne concerne pas seulement les âges avancés de la vie.

L'éducation à la santé ou la médecine de premier recours dans le jardin de la population non consultante

Avec le carré de White et ses adaptations successives, le type de pathologies rencontrées et le champ d'activité de la médecine de premier recours prennent forme de plus en plus nettement. La connaissance du territoire sur lequel exerce le praticien l'incite à s'intéresser à tous les patients pour des actions de prévention primaire, et plus spécifiquement à développer, avec d'autres acteurs de ce territoire, une démarche d'éducation à la santé vers les non-consultants. Si la WONCA recommande « *une intervention appropriée et efficace pour favoriser la promotion de la santé* », le médecin sait qu'il s'aventure sur le « territoire » des non-consultants…, ceux qui n'ont rien demandé au système de santé.

White, avec son diagramme et son interprétation, fait prendre conscience que le médecin généraliste est à la frontière du monde hospitalier et du monde des non-consultants. Il en résulte que l'éducation à la santé ne peut être qu'un travail collaboratif avec la population, et un nouveau champ de recherche prometteur.

Conséquences de la géographie dans l'activité du médecin généraliste

Géographie des maladies

La géographie des maladies étudie les inégalités géographiques de répartition, d'incidence et de prévalence des maladies. C'est Hippocrate qui évoqua le premier, dans son traité *Des airs, des eaux et des lieux*, le rôle de la localisation géographique, du climat et de l'environnement, sur l'apparition des maladies [7]. La loi de répartition des cas, pondérée par le lieu d'implantation du médecin, a un impact sur le type de maladies rencontrées par le médecin et le type d'actes réalisés. Par exemple, il peut y avoir plus d'actes de petite chirurgie ou de consultations pour des maladies évoluées en milieu rural ; plus de soins liés à la traumatologie en montagne l'hiver. Cependant, le modèle d'écologie des soins médicaux en milieu rural, géographiquement et socio-démographiquement plus homogène, appliqué par Thacker et al., confirme les grandes orientations de l'équipe de White, bien qu'en milieu rural le recours à l'hôpital universitaire soit plus important (19 % de la population) — celui-ci exerçant vraisemblablement le rôle d'hôpital de deuxième ligne [5].

Géographie d'accès à la santé et des soins médicaux

La géographie des soins médicaux marque l'importance de l'espace social et culturel, et observe les inégalités spatiales d'accès aux soins, de consommation et d'offre de soins médicaux [7]. En 2003, Dovey et al., appliquant cette fois le modèle d'écologie des soins médicaux aux enfants, prend en compte leurs conditions socio-démographiques (dont la catégorie sociale et le niveau d'étude des parents) et montre que les enfants de condition sociale défavorisées accèdent moins fréquemment aux cabinets médicaux de proximité [8]. De fait, il réalisait un vœu de White qui considérait que son modèle pouvait être « *le point de départ d'une analyse plus détaillée de l'usage approprié et équitable des ressources de santé* » [9]. En France, l'approche en termes de géographie de santé a permis de montrer des inégalités territoriales de santé de plus en plus importantes. Il est démontré que les inégalités sociales et territoriales sont des facteurs de surmortalité « *posant clairement la question de la ségrégation socio-spatiale et de l'apparition de véritables zones de relégation* », dont la désertification médicale est un des éléments [10]. De multiples causes sont à l'origine des difficultés d'accès aux soins (statut social, politique économique, aménagement du territoire, répartition géographique des médecins…), qui ne rime pas obligatoirement avec inégalités sociales. Par exemple, l'effet de la distance en zone rurale ou en banlieue peut jouer un rôle important dans l'accès aux soins. Les travaux comparatifs de Macinko et al. en 2003 ont montré que les systèmes de santé se fondant sur des soins premiers forts, sont « *en moyenne plus efficaces pour améliorer la santé des populations que ceux ayant des soins premiers faibles, car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées* » [11]. Ces travaux ont contribué à alimenter la réflexion des politiques en matière de santé au niveau mondial, sous l'égide de l'OMS, qui affirmera la nécessité de développer des soins primaires forts (« *Primary care now more than ever* ») lors des conférences d'Alma Ata en 1978 puis d'Astana en 2018. En France, où le système de soins est historiquement non hiérarchisé et non régulé, cette réflexion est également en cours et une réforme importante s'opère depuis le début des années 2000 [12].

Ce rapide tour d'horizon, montre combien le concept opérationnel de soins de premiers recours renvoie aux notions d'accessibilité, de continuité, de permanence des

soins, et de coordination. Il nécessite pour être efficient, une réflexion globale des responsables institutionnels et des acteurs à partir d'une analyse sanitaire et sociale d'un territoire donné [13].

Vers une nouvelle organisation territoriale des soins de premier recours

Tous ces travaux de recherche ont permis d'élaborer une réflexion politique évoluant depuis la fin des années 1990 vers une organisation territoriale de la santé. En France, la réforme du médecin traitant et du parcours de soins coordonné a été introduite en 2004. Le processus de réorganisation des soins de premier recours s'affirme avec la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale, la territorialisation croissante des politiques de santé et la définition des soins de premier recours dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST). La loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, accentue le processus de décloisonnement des parcours professionnels pour mieux répondre aux enjeux des territoires, avec l'apparition d'un zonage en matière de santé, afin de pallier les difficultés d'accès aux soins. L'une des caractéristiques de ces nouvelles lois est d'instaurer un partenariat entre les tutelles et les professionnels de santé, leur permettant de construire localement les coopérations interprofessionnelles cohérentes avec les enjeux de santé du territoire. Les arrêtés ministériels de 2015, portant sur les structures de santé pluriprofessionnelles de proximité, et de 2019 en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, en sont l'exemple.

Conclusion : un cabinet de médecine générale en refonte

White est un formidable novateur qui a su inspirer de nombreux chercheurs en médecine générale. Il démontre l'importance de la recherche en soins premiers aussi bien pour la clinique que pour l'organisation des soins et la lutte contre les inégalités de santé. Ce qui a pour effet d'engager les médecins généralistes à dialoguer avec les chercheurs en sciences humaines.

Il nous fait redécouvrir l'approche géographique en santé, tradition médicale quelque peu éclipsée, commençant par Hippocrate et dont le XIX^e^ siècle fut si riche avec Louis Villermé à Paris, John Sow à Londres, Émile-Léon Poincaré, Louis-Adolphe Bertillon et tant d'autres…

Il aura fallu 60 ans après la première publication de White, pour qu'en France l'approche territoriale en santé soit au premier plan, et que la médecine de premier recours devienne petit à petit un élément fondamental de l'organisation des soins.

Pour conclure, laissons la parole à Barbara Starfield, pédiatre et chercheuse américaine en santé publique : « *En 2005, la littérature sur les avantages des systèmes de santé axés sur les soins primaires était cohérente et montrait une plus grande efficacité, une plus grande efficience et une plus grande équité.* »

Références

[1] White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. Health Serv Res 1997;32(1):11–21.

[2] Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344(26):2021–5.

[3] Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud: Global Média Santé; 2015. 207 p.

[4] Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition Européenne de la médecine générale – Médecine de famille. WONCA Europe; 2002. 52 p.

[5] Thacker SB, Greene SB, Salber EJ. Hospitalizations in a southern rural community: an application of the 'ecology model'. International journal of epidemiology 1977;6(1):55–63.

[6] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014;114:148–57.

[7] Tonnelier F, Lecourt D, et al. Dictionnaire de la pensée médicale. Paris: PUF; 2004. Géographie de la santé p. 518–21.

[8] Dovey S, Weitzman M, Fryer G, et al. The ecology of medical care for children in the United States. Pediatrics 2003;111(5 Pt 1):1024–9.

[9] Giet D. Écologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale. Rev Med Liège 2006;61(5-6):277–84.

[10] Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. Les tribunes de la santé 2013;1(38):41–53.

[11] Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités en santé : Revue de littérature. Questions d'économie de Santé 2012;179:1–8.

[12] Tabuteau D (éd.). Démocratie sanitaire : Les nouveaux défis de la politique de santé. Paris: Odile Jacob; 2013.

[13] Collège National des Généralistes Enseignants, Collège de la Médecine Générale. Manifeste pour un système de santé organisé. [En ligne] Paris: CNGE; 28 mars 2019. Disponible sur : www.cnge.fr.

Recueil et structuration des données de santé

Laurent Letrilliart

PLAN DU CHAPITRE

Principales données de consultation 21
Structuration des données. 22
Standardisation des données 24
Performance des logiciels métier 25
Conclusion. 26

L'équipement informatique du cabinet médical est un outil et son bon usage relève du professionnalisme. Selon le Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, cette compétence inclut notamment de savoir gérer de manière performante l'échange ou le partage d'informations avec d'autres professionnels de santé habilités et d'analyser périodiquement son activité [1]. Pour être ainsi exploitables, les données enregistrées dans les dossiers patients informatisés (DPI) doivent être structurées. La structuration des données est une condition à la mise en œuvre de fonctionnalités émergentes, comme les systèmes d'aide à la décision médicale intéressant la prise en charge diagnostique, thérapeutique ou préventive, ou la production assistée du volet de synthèse médicale destiné à alimenter le dossier médical partagé, désormais intitulé « mon espace santé ». Elle figure aussi parmi les critères du système d'information dans la matrice de maturité des structures pluriprofessionnelles de soins primaires. Elle sera nécessaire encore pour développer des modes de rémunération fondés sur l'épisode de soins.

Selon la HAS, les logiciels métier des professionnels de santé permettent de réutiliser les données cliniques générées au cours de la prise en charge dès lors qu'elles sont recueillies sous un format structuré et standardisé dans le DPI [2]. Les données de consultation peuvent être utilisées secondairement pour l'évaluation de la qualité des pratiques (notamment dans le cadre du développement professionnel continu), la surveillance en santé publique et la recherche en soins primaires (notamment dans le cadre de plateformes de recueil de données rattachées à l'Université). La structuration des données de consultation est ainsi nécessaire à l'interopérabilité sémantique des DPI.

Principales données de consultation

L'épisode de soins

Parmi les données de santé enregistrées dans les DPI au cours des contacts successifs, appelées ici les données de consultation, on distingue les données liées et non liées à l'épisode de soins. L'épisode de soins est la période qui s'étend de la première présentation d'un problème de santé à un professionnel de santé jusqu'au dernier contact pour ce même problème [3].

Données liées à l'épisode de soins

Les données liées à l'épisode de soins (figure 4.1) incluent les motifs de la consultation (du point de vue du patient), les résultats de la consultation (problèmes de santé pris en charge au plan diagnostique ou thérapeutique, ou situation de prévention) et les procédures de soins réalisées ou programmées. Selon les résultats de l'étude ECOGEN, conduite en 2012, les consultations de médecine générale comportent en moyenne 2,2 résultats de consultation par consultation, et à chaque résultat de consultation sont rattachés 1,2 motif de consultation et 2,2 procédures de soins [4]. Dans ces données, les objectifs de soins, qui représentent des attributs des procédures de soins, sont à inclure même s'ils ne sont actuellement pas encore intégrés dans la majorité des DPI.

Données non liées à l'épisode de soins

Les données non liées à l'épisode de soins sont des données contextuelles, parfois évolutives, qui peuvent être enregis-

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

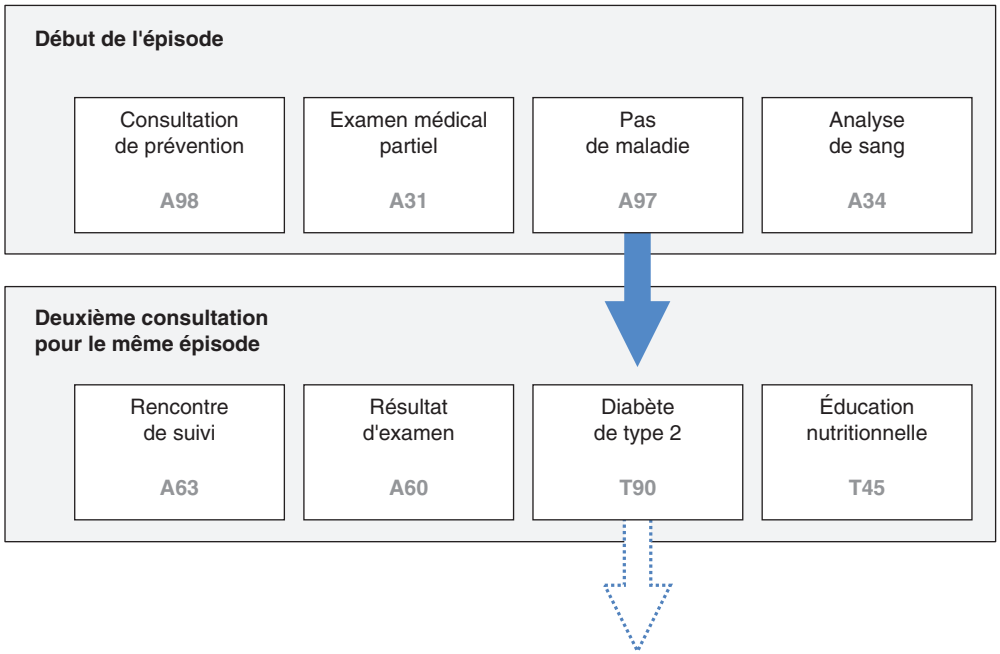


Fig. 4.1 Exemple d'initiation d'un épisode de diabète diagnostiqué à partir d'un dépistage sollicité par un patient (les données sont codées selon la CISP-2).

trées dans le DPI lors de la première consultation avec un patient ou au cours des consultations ultérieures. Une étude internationale empirique a proposé de regrouper ces données en quatre domaines : socio-démographique (incluant l'environnement familial), médical (aspects relationnels, antécédents), individuel (état fonctionnel, comportement, événements de vie, préférences), professionnel (profession, environnement professionnel) [5]. Les antécédents incluent ceux qui sont personnels et ceux qui sont familiaux. Les allergies et intolérances médicamenteuses sont des antécédents personnels particuliers. Les facteurs de risques peuvent constituer un épisode de soins (par exemple, hypertension artérielle non compliquée) ou non (par exemple, antécédent familial à risque non associé à une démarche de soins pour le patient).

Structuration des données

Définition

Les experts de l'informatique médicale décrivent classiquement trois niveaux de structuration des données selon leur format d'enregistrement dans les bases de données de DPI [6] :

- les données non structurées, sous forme de texte uniquement narratif ;
- les données semi-structurées, sous forme de champs spécifiques comportant du texte narratif ;
- les données structurées, sous forme de champs spécifiques comportant des éléments standardisés (codés).

Par exemple, un résultat de consultation peut être différencié d'un motif de consultation ou d'un problème de santé inclus dans la liste des problèmes de santé si ces données sont structurées, même si leur formulation est identique.

Orientation problème

Le DPI peut présenter diverses orientations, qui ne sont pas exclusives entre elles et permettent à l'utilisateur d'adopter différentes « vues » d'un même dossier et d'effectuer différentes exploitations des données enregistrées dans un dossier ou dans la base de données rassemblant l'ensemble de ses dossiers ou des dossiers de sa structure de soins.

Le DPI est classiquement orienté par défaut selon la chronologie des contacts (figure 4.2), qui apporte une vision longitudinale du dossier sous la forme d'un empilement des consultations. Il peut éventuellement être organisé selon la source pour distinguer les contributions des différents professionnels de santé au sein d'une structure de santé pluriprofessionnelle.

L'orientation selon les problèmes a été proposée dès les années 1960 aux États-Unis par Lawrence Weed [7] et s'est imposée progressivement au plan international dans de nombreux DPI commercialisés. Elle consiste à centrer l'organisation du dossier sur la liste des problèmes de santé actifs du patient. Peut être considérée comme un problème de santé toute préoccupation liée à la santé d'un patient, déterminée par le patient et/ou le professionnel de santé [3]. En pratique, un problème de santé peut correspondre à une maladie et aussi à un ou plusieurs symptômes, à un syndrome ou à une situation de prévention ; sa formulation peut évoluer avec l'accumulation d'éléments au cours de consultations successives, selon un processus de révision diagnostique. Les problèmes faisant l'objet d'une prise en charge médicale (diagnostique et/ou thérapeutique, voire préventive) sont dits « actifs », les problèmes « inactifs » correspondant aux antécédents du

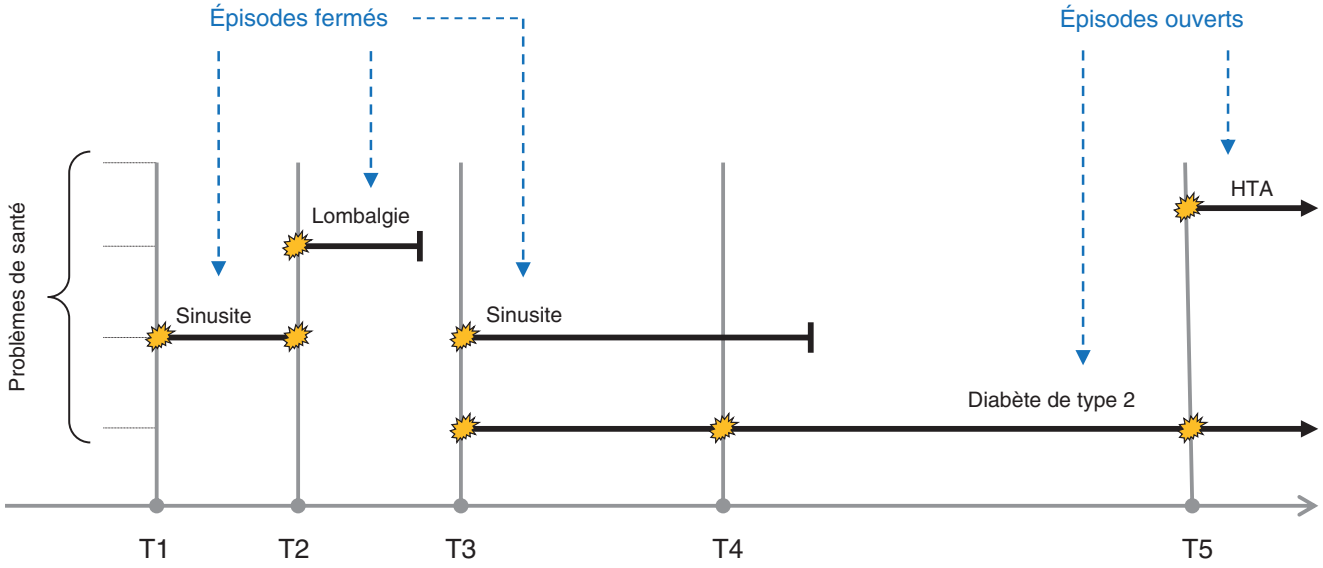


Fig. 4.2 **Exemple de suivi dans le temps des épisodes de soins d'un patient sous la forme d'une « ligne de vie ».**

Problèmes inactifs

- Sinusites diagnostiquées à T1 et T3
- Lombalgie diagnostiquée à T2

Problèmes actifs

- Diabète de type 2 diagnostiqué à T3
- Hypertension artérielle diagnostiquée à T5

Fig. 4.3 **Listes des problèmes actifs et inactifs correspondant aux épisodes de soins du patient présenté dans la figure précédente.**

patient, qui incluent les problèmes précédemment actifs mais résolus [8]. Selon qu'un problème de santé est actif ou inactif, l'épisode de soin qui lui est associé est dit « ouvert » ou « fermé » [9].

La liste des problèmes de santé (figure 4.3) apporte une vision transversale du dossier complétée d'une vision longitudinale de chaque épisode de soins. L'orientation selon les problèmes de santé du patient constitue une organisation particulièrement pertinente pour le suivi des patients ayant plusieurs problèmes de santé (a fortiori plusieurs pathologies chroniques), ce qui est courant en médecine générale. Cette orientation nécessite parfois un arbitrage entre différents problèmes de santé qui peuvent se chevaucher, comme par exemple :

- un risque cardiovasculaire global élevé et différents facteurs de risque qui y participent (hypertension artérielle, tabagisme, hypercholestérolémie…) ;
- un diabète de type 2 et une néphropathie diabétique le compliquant.

Les États-Unis ont développé depuis 2010 un programme d'incitation financière à l'utilisation probante des DPI (*meaningful use*), afin d'améliorer la qualité des soins. La tenue de la liste des problèmes de santé actualisée et partageable avec les patients et la possibilité d'extraire des listes de patients par problème de santé sont des objectifs de ce programme. Ce programme a montré la nécessité de règles pour définir et gérer les problèmes de santé de façon pertinente à la fois pour le médecin, le patient et la santé publique, y compris pour distinguer les problèmes actifs et passifs.

Le modèle SOAP

Le modèle SOAP, qui sert de référence aux États-Unis, est un prolongement de l'orientation problème du DPI. Il permet de documenter le raisonnement clinique conduisant à définir un problème de santé et décider de sa prise en charge. Il consiste à structurer chaque problème de santé abordé durant une consultation en quatre éléments : *Subjective findings*, *Objective findings*, *Assessment*, *Plan* [7]. Les éléments « subjectifs » représentent le(s) motif(s) de consultation associé(s) à un problème de santé ; les éléments « objectifs » représentent les signes cliniques et les éléments paracliniques associés à ce problème de santé ; l'évaluation du problème de santé correspond à la formulation du résultat de consultation ; le plan représente les interventions réalisées ou programmées pour prendre en charge le problème de santé. Le résultat de consultation est complété si nécessaire par des hypothèses diagnostiques.

Le modèle SOAP est particulièrement adapté pour documenter la prise en charge des problèmes de santé aigus et le diagnostic initial des maladies chroniques. Pour le suivi des maladies chroniques ou la mise en œuvre des démarches préventives, des formulaires de suivi protocolisé constituent une alternative. Le lien inhérent au modèle SOAP entre un problème de santé et les procédures de soins qui y sont rattachées est nécessaire à l'évaluation des pratiques [9].

Plusieurs versions dérivées du modèle SOAP ont été développées pour mieux détailler le processus de raisonnement clinique. En France, la variante SOPAP a été proposée afin de prendre en compte les interventions diagnostiques ou thérapeutiques qui précèdent la formulation du résultat de consultation.

Les données socio-démographiques

Le Collège de la médecine générale a établi de façon consensuelle une liste de données socio-démographiques à enregistrer dans les DPI de médecine générale des patients adultes, sur des arguments de pertinence et de faisabilité [10]. Le recueil de sept données est jugé indispensable dès la première consultation avec un nouveau patient : date de naissance, sexe, adresse, statut par rapport à l'emploi, profession éventuelle, assurance maladie, capacités de compréhension du langage écrit. Le recueil de neuf données complémentaires est jugé utile au cours de consultations itératives : être en couple, nombre d'enfants à charge, vivre seul, pays de naissance, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, perception de minima sociaux, situation financière perçue. L'analyse de ces données contribue à améliorer l'équité des soins.

Standardisation des données

La standardisation des données de santé vise à contrôler le risque d'ambiguïté associé au langage naturel. Elle consiste à les coder à partir d'outils terminologiques de référence [11]. Les données numériques représentées par une variable quantitative sont standardisées par défaut, sous réserve que leur unité soit précisée. Certaines données des DPI doivent être standardisées pour être exploitables en termes d'aide à la décision ou de santé publique. Le partage des données du DPI entre partenaires de soins (professionnels de santé, patient) n'impose pas leur codage mais suppose d'éviter les acronymes et les expressions ambiguës. En effet, de nombreux acronymes fréquemment utilisés par les médecins pour désigner les problèmes de santé sont à risque de confusion : par exemple, IRC (insuffisance rénale chronique ou insuffisance respiratoire chronique ?), MT (médecin traitant ou médecin du travail ?). Certains termes ou expressions du registre médical ou profane sont ambigus : par exemple, angine (inflammation des amygdales ou angor ?), boire beaucoup (de l'eau ou de l'alcool ?).

La standardisation du langage repose sur l'utilisation de terminologies ou de classifications. La classification internationale des soins primaires (CISP), version francophone de l'*International Classification of Primary Care* (ICPC) développée par la WONCA, est un standard permettant de décrire et coder les principales données de consultation en soins primaires [12]. Depuis la création de la première version de l'ICPC (ICPC-1) en 1987, elle a été traduite en une vingtaine de langues et c'est la classification officielle pour les soins primaires en Norvège, aux Pays-Bas, au Danemark et en Finlande. La licence a aussi été acquise par les gouvernements belge, suisse, turque islandais, géorgien, ukrainien et français et par les Collèges professionnels de médecine générale portugais et brésiliens.

La CISP-2

La CISP a été publiée en langue française dans sa première version (CISP-1) en 1992, puis dans sa deuxième version (CISP-2) en 2003. La CISP-2 est une classification bi-axiale (figure 4.4), dont le premier axe comporte dix-sept chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres : général, psychologique, social) et le second axe sept composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques, résultats d'examens complémentaires, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et mala-

	Chapitre		Général	Sang, organes hématopoïétiques	Digestif	Œil	Oreille	Circulatoire	Musculo-squelettique	Neurologique	Psychologique	Respiratoire	Cutané	Endocrinien métabolique et nutritionnel	Urologique	Grossesse, accouchement, plannification familiale	Génital féminin	Génital masculin	Social
			A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
Composant	Symptômes et plaintes	01 à 29																	
	Procédures diagnostiques et préventives	30 à 49																	
	Procédures thérapeutiques et médicaments	50 à 59																	
	Résultats d'examens complémentaires	60 à 61																	
	Procédures administratives	62																	
	Références et autres motifs de rencontre	63 à 69																	
	Diagnostics et maladies	70 à 99	Infections																
			Cancers																
			Traumatismes																
			Anomalies congénitales																
			Autres																

Fig. 4.4 Présentation tabulaire de la CISP-2.

dies). À chaque rubrique est associé un code comprenant trois caractères alphanumériques, dont une lettre désignant le chapitre, suivie de deux chiffres spécifiant la rubrique. La CISP-2 comporte 687 rubriques (composants 1 et 7 seulement, sans les procédures), disposant le plus souvent de critères d'inclusion et d'exclusion. Les rubriques correspondent aux problèmes de santé courants en médecine générale, dont la fréquence est supérieure à 0,5 pour mille consultations par an.

La CISP-2 permet de classer et coder les motifs de consultation, les résultats de consultation (problèmes de santé) et les procédures de soins. Le rapprochement de ces éléments permet de reconstituer des épisodes de soins, ce qui rend cette classification pleinement compatible avec l'orientation par problèmes du dossier médical informatisé. Les règles d'utilisation de la CISP-2 prévoient que les motifs de consultation puissent être décrits par des symptômes/plaintes ou des diagnostics/maladies et aussi par des (demandes de) procédures de soins, alors que l'évaluation ne peut être décrite que par des symptômes/plaintes ou des diagnostics/maladies. De plus, les résultats de consultation doivent être classés avec la rubrique la plus spécifique possible en fonction des éléments disponibles [3].

Il existe une correspondance entre la CISP-2 et la Classification internationale des maladies (CIM-10), condition préalable à l'échange ou au partage de données avec les médecins d'autres spécialités [3]. La CISP-2 est en correspondance aussi avec le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC), qui est une nomenclature et un outil de gestion des risques en médecine générale. Elle est reliée à une terminologie de référence pour la médecine générale (RefSet) issue de la terminologie internationale SNOMED CT©. La correspondance avec des terminologies plus granulaires comme la CIM-10 ou SNOMED CT© est utile au fonctionnement de certains systèmes d'aide à la décision.

La CISP-3

La troisième version de la CISP a été publiée en langue anglaise en décembre 2020 [13]. Les améliorations par rapport à la CISP-2 ont consisté à augmenter le nombre de rubriques, fusionner les chapitres correspondant aux appareils génitaux féminin (X) et masculin (Y) en un chapitre unique (G), et à mieux documenter les situations de prévention et l'état fonctionnel des patients. Elle est destinée à être utilisée par les médecins généralistes et les autres acteurs des soins primaires.

C'est une classification bi-axiale, avec un premier axe comportant dix-neuf chapitres (tableau 4.1) dont seize chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres : général, psychologique, social), et trois chapitres classant respectivement les épisodes de prévention, les interventions et procédures et les caractéristiques fonctionnelles et apparentées. Chacun des seize chapitres corporels comporte deux composants, qui représentent le second axe : symptômes, plaintes et anomalies (S) ; diagnostics et maladies (D). Les codes (signifiants) comportent quatre caractères alphanumériques, dont deux lettres (ou un chiffre et une lettre pour le chapitre II) désignant respectivement le chapitre et le composant suivis de deux chiffres spécifiant la rubrique. La CISP-3 comporte environ 1 350 rubriques, disposant chacune le plus souvent d'une description, de critères d'inclusion et d'exclusion, d'autres rubriques à considérer et de termes index (synonymes), ainsi que d'une échelle de sévérité pour évaluer les problèmes fonctionnels. Elle inclut des extensions adaptées aux spécificités épidémiologiques des différents sous-continents.

Tableau 4.1 **Les chapitres de la CISP-3.**

Chapitre	Intitulé
A1	Consultations pour examen général, examen de routine, planification familiale, prévention, et autres consultations
A	Général
B	Sang, organes hématopoïétiques et système immun
D	Système digestif
E	Œil
G	Système génital
H	Oreille
K	Système circulatoire
L	Système musculosquelettique
N	Système neurologique
P	Psychologique, mental et neurodéveloppemental
R	Système respiratoire
S	Peau
T	Système endocrinien, métabolique et nutritionnel
U	Système urinaire
W	Grossesse et maternité
Z	Problèmes sociaux
I	Interventions et procédures
II	Fonctionnement et apparenté

La CISP-3 est en correspondance avec la CISP-1 et la CISP-2, avec la CIM-10 et la CIM-11, et avec SNOMED CT©. Les interventions (chapitre I) sont en correspondance avec la Classification internationale des interventions en santé de l'OMS (ICHI, en cours de développement en langue anglaise). Les caractéristiques fonctionnelles et apparentées sont en correspondance avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS.

Données socio-démographiques

En complément de la liste de données socio-démographiques qu'il recommande d'enregistrer dans les DPI, le Collège de la médecine générale a proposé un format standardisé pour chaque donnée [10].

Performance des logiciels métier

Évaluation

Parmi quinze logiciels métier très utilisés par les médecins généralistes français et évalués en 2009, seulement dix intégraient la liste des problèmes de santé actifs et un seul

permettait d'identifier les épisodes de soins. Par ailleurs, la CISP n'était accessible que dans huit de ces logiciels [14]. En pratique, moins d'un tiers des consultations comportent un résultat de consultation enregistré et celui-ci est très rarement codé [15]. L'usage de la liste des problèmes de santé n'est pas connu.

En France, seuls les logiciels d'aide à la prescription sont l'objet d'un processus de certification, mais pas les DPI dans leur globalité. L'Agence du numérique en santé a labellisé, entre 2016 et 2020, une vingtaine de logiciels utilisés dans les maisons et centres de santé à partir d'un référentiel [16]. Certaines des exigences fonctionnelles à remplir pour obtenir le label « e-santé Logiciel » intéressent la structuration et la standardisation des données de consultation :

- le professionnel doit pouvoir saisir sous forme de données structurées les informations utiles à la prise en charge du patient et a minima les motifs de consultation, les antécédents et le diagnostic ;
- le système doit permettre la saisie d'un problème de santé à l'aide d'une terminologie codée standardisée pour en faciliter le stockage, la recherche et l'analyse. La terminologie utilisée peut être la CIM-10, la CISP-2 ou le DRC.

Pistes d'amélioration

L'amélioration de la structuration des données de consultation en médecine générale relève de considérations techniques, pédagogiques et organisationnelles. La CISP a une faible granularité (spécificité), ce qui est adapté à la pratique de la médecine générale et justifie le recours à des terminologies d'interface, notamment à des thésaurus. Celles-ci rassemblent des termes ou expressions du domaine professionnel facilitant la saisie par les cliniciens d'informations concernant les patients dans des programmes informatiques. Elles comportent des correspondances avec une classification ou une terminologie de référence. Il existe un moteur de classification apportant une aide au codage des motifs de consultation, des résultats de consultation et des procédures de soins selon la CISP-2[4]. Les termes index de la CISP-3 constituent une forme de thésaurus. Les méthodes modernes de traitement automatique du langage naturel permettent d'exploiter des données non standardisées, mais elles ne sont pas suffisamment fiables pour être utilisées pour la prise en charge des patients sans validation par les cliniciens.

Malgré un faible nombre d'études sur le sujet, une formation théorique et pratique des médecins généralistes à l'utilisation des DPI serait utile, notamment dans le cadre de leur formation de troisième cycle. Elle les aiderait dans le choix de leur logiciel métier et contribuerait à une utilisation harmonisée des fonctionnalités des DPI, en particulier celles intéressant la structuration et la standardisation des données. La mise en place d'incitations financières, par exemple dans le cadre de la ROSP, encouragerait les médecins à une utilisation optimisée des DPI, sous réserve d'une réelle facilité et rapidité d'usage.

[4] http://www.promethe.org.

Conclusion

La qualité des DPI et leur bon usage sont importants car ils peuvent faire gagner ou perdre du temps médical et apporter des bénéfices mais aussi générer des risques pour les patients et ainsi représenter une aide ou un fardeau pour les médecins généralistes. Compte tenu de ces enjeux, une évaluation scientifique et une comparaison en contexte clinique des performances des principaux DPI du marché sont nécessaires, incluant en particulier l'impact de la structuration des données sur la pratique des médecins généralistes et sur la santé des patients. Cette démarche est indispensable à l'amélioration des logiciels par les éditeurs et de leur utilisation par les médecins.

Références

[1] Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. [En ligne] Paris: CNGE ; juin 2009. Disponible sur : www.lecmg.fr.

[2] Haute Autorité de santé. Les logiciels métier des professionnels de santé. [En ligne] Saint-Denis: HAS ; novembre 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr.

[3] Jamoulle M. Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires : CISP-2. Care éditions: ASBL ; 2000.

[4] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014 ;25:148–57.

[5] Schrans D, Avonts D, Christiaens T, et al. The search for person-related information in general practice: a qualitative study. Fam Pract 2016 ;33(1):95–9.

[6] Sous la direction d'Alaint Venot, avec la collaboration de Anita Burgun et Catherine Quantin. Informatique Médicale, e-Santé : Fondements et Applications. Springer-Verlag France. 2013

[7] Weed Ll. Medical records, patient care, and medical education. Ir J Med Sci 1964 ;462:271–82.

[8] Fieschi M, Dufour J-C. Traitement des données en santé : approches systémiques. Collection Santé, technologies et société. 334 p. Vol 9. Londres: ISTE Editions, Londres ; 2018.

[9] Boisnault P, Ferru P, Kandel O, Szidon P, Desessarts YT, Very G. L'instant et la durée : de l'antécédent à l'épisode de soin. Saint-Cloud: Global Média Santé ; 2020.

[10] Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations réalisées sous l'égide du Collège de la Médecine Générale. [En ligne] Paris: Collège de la Médecine Générale ; mars 2014. Disponible sur : www.lecmg.fr.

[11] Degoulet P, Fieschi M. Informatique médicale. Issy-les-Moulineaux ; Elsevier Masson: 1998.

[12] Kubben P, Dumontier M, Dekker A, editors. Fundamentals of clinical data science. Cham (CH): Springer ; 2019.

[13] International Classification of Primary Care – 3rd Revision. [En ligne] 2021. Disponible sur : www.icpc-3.info/.

[14] Darmon D, Sauvant R, Staccini P, Letrilliart L. Which functionalities are available in the electronic health record systems used by French general practitioners? An assessment study of 15 systems. Int J Med Inform 2014 ;83(1):37–46.

[15] Lacroix-Hugues V, Schuers M, Pradier C, Staccini P, Letrilliart L, Darmon D. Utilisation des enregistrements médicaux électroniques dans le cadre du projet PRIMEGE PACA : principaux motifs de recours, diagnostics et prescriptions en soins primaires. exercer 2018 ;143:197–203.

[16] Agence du numérique en santé. Les solutions labellisées e-santé. [En ligne]. Paris: ANS ; 2021. Disponible sur : https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante/solutions-labellisees.

Perspectives numériques, intelligence artificielle

François Carbonnel, Matthieu Schuers, David Darmon

PLAN DU CHAPITRE

La médecine générale face à des bouleversements socioculturels et technologiques 27
Quelles données pour l'intelligence artificielle en médecine générale ? 27
Types d'usage du numérique dans le parcours du patient 27
Défis de la mise en place et de l'utilisation de l'intelligence artificielle en médecine générale 27
Conclusion 27

La transition épidémiologique, associée à une démographie médicale déclinante, a augmenté la charge de travail des médecins généralistes en quantité, en qualité et en complexité. Cette situation entraîne des effets négatifs majeurs comme les difficultés d'accès aux soins, la diminution de la satisfaction des patients, ainsi que l'augmentation du stress et de l'épuisement professionnel chez les médecins [1, 2]. Plusieurs solutions ont été proposées, comme le développement de l'exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé. Nombre de pays ont également inscrit dans leur stratégie nationale la numérisation de la santé. Une meilleure utilisation des ressources en santé et une meilleure autogestion des patients sont attendues. En accompagnant la production de données et leur traitement, la numérisation de la santé permet l'émergence de solutions s'appuyant sur l'intelligence artificielle (IA). Longtemps fantasmée, elle peut transformer la pratique clinique du praticien de médecine générale, même si ses applications actuelles, dans ce secteur, ne sont que débutantes.

Le lecteur notera nombre de références à la pandémie COVID-19 dans ce chapitre. Cette crise, comme souvent, a servi de catalyseur à l'adoption de nouveaux outils. Le numérique en santé a bénéficié de la limitation à la circulation des personnes.

Nous allons analyser les phénomènes accompagnant l'émergence du numérique en santé puis présenter les jeux de données pouvant « nourrir » cette intelligence artificielle et les usages envisageables en médecine générale. Enfin, nous ouvrons sur les défis qui en découlent pour la médecine et notre système de santé en particulier.

La médecine générale face à des bouleversements socioculturels et technologiques

La transition épidémiologique

Du fait de l'amélioration des conditions sanitaires, des progrès concernant l'assurance médico-sociale et des performances scientifiques médicales, nous avons assisté ces cinquante dernières années à un allongement important de l'espérance de vie de la population ainsi qu'à une transition épidémiologique. Cette dernière se traduit par une prévalence moindre dans les pays industrialisés des maladies aiguës, qui se sont chronicisées. Il en résulte un accroissement du nombre de patients polypathologiques dans la population. Au-delà de 50 ans, plus de la moitié des individus vivent avec au moins deux maladies chroniques concomitantes [3]. Les demandes des patients, de notre système de santé et de la société envers les médecins généralistes se complexifient, exigeant de ceux-ci des actions de prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. Le temps nécessaire pour réaliser les actions de prévention attendues d'un médecin généraliste français est évalué à 20 % de son temps clinique.

Par ailleurs, la multimorbidité induit bien souvent une polymédication orientée par des recommandations centrées sur les maladies et non sur le patient multimorbide (par exemple, diabète de type 2 et hypertension artérielle essentielle). Les références n'étant pas assez adaptées au contexte, il en résulte une incertitude décisionnelle. Les études en vie réelle restent par ailleurs rares et les patients des études

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

randomisées en double aveugle pour l'évaluation des médicaments restent souvent peu représentatifs des patients consultant en médecine générale [4].

Enfin, il faut ajouter à cette problématique, l'explosion de la littérature scientifique en santé qui rend le maintien à jour des connaissances des médecins généralistes difficile, en particulier en considérant la multiplicité des interventions qui leur incombent [5].

L'accès au savoir médical par le patient : « Docteur Google »

L'irruption d'Internet dans la traditionnelle relation médecin-malade a été un catalyseur de nombreuses évolutions. L'accès au savoir est probablement le point le plus notable de prime abord. Le savant, le docte était jusque-là caractérisé notamment par ses connaissances et sa maîtrise de celles-ci. Cette expertise était la source même de son statut et de sa reconnaissance sociétale. L'accès aux informations via un moteur de recherche bien connu a donné naissance à l'expression « Docteur Google » pour qualifier ce nouveau statut prêté au moteur de recherche web. Cela a contribué à l'autonomisation des patients et des citoyens dans la gestion de leurs soins.

Les données de santé sont générées en nombre par les logiciels métiers ou les objets connectés ; leur sécurité, leur accès et leur utilisation induisent de nouvelles problématiques. Des données biométriques, comportementales, environnementales nouvelles sont générées en permanence. La croissance exponentielle de la puissance de calcul des ordinateurs, le développement des logiciels de traitement automatisé des données, la conception d'entrepôts de données permettent l'exploitation massive des données produites par tous les intervenants. Ce phénomène, qualifié de *big data*, a créé un nouveau champ économique et de recherche dans nos sociétés, notamment en santé.

Le numérique en santé comme intervention non médicamenteuse

Le développement du numérique en santé passe par une place accordée aux interventions numériques comme outil de soins et/ou de prévention. Une intervention non médicamenteuse (INM) est « *une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. (…) Elle fait l'objet d'études d'efficacité et a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques* » [7]. Cette même organisation classe les INM en cinq catégories : psychologiques, physiques, nutritionnelles, élémentaires et numériques. Les INM numériques sont par exemple représentées par la santé mobile (*m-health*), avec notamment les applications (apps) santé sur smartphone et les *trackers* d'activité. Ces interventions numériques en santé se développent largement actuellement et ne font pas l'objet d'autant de précaution sanitaire dans leur évaluation que les médicaments. Il existe par exemple plus de 350 000 applications smartphone santé sur les différents magasins d'application [8].

Quelles données pour l'intelligence artificielle en médecine générale ?

« *Pas d'IA sans big data* ». Cette formule, l'Ordre des médecins français l'a faite sienne dans son livre blanc consacré à l'intelligence artificielle. Elle est reprise ici, tant cette notion est centrale : s'appuyer sur des données, exploitées et donc exploitables, par des algorithmes d'apprentissage est une des conditions de l'IA.

Les « omics »

Parmi ces banques de données, commençons par les données biologiques humaines dont l'analyse peut porter sur les gènes (génomique), l'ARN (transcriptomique), les protéines (protéomique), les métabolites (métabolomique) ou encore des données frontières comme le microbiote (figure 5.1). La découverte de l'ADN et, plus tard, le séquençage du patrimoine génétique complet d'espèces, à l'image du projet génome humain, achevé en 2003, ont permis de grandes avancées dans notre connaissance du vivant. Les applications pour la santé des individus existent d'ores et

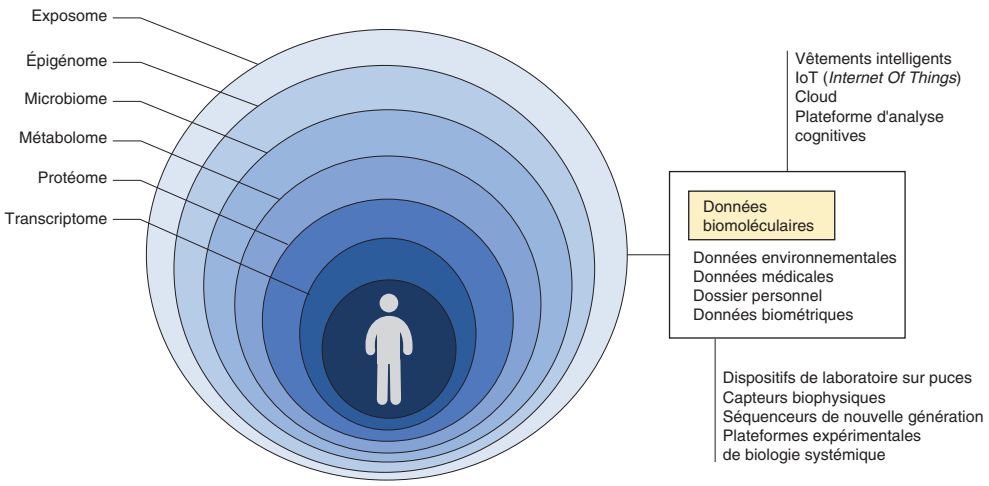


Fig. 5.1 Cartographie des données médico-administratives réalisée par l'Institut des données de santé.

déjà et font partie de la pratique courante des médecins généralistes pour permettre, par exemple, l'identification de prédisposition pour des maladies (hémochromatose, mutations des gènes *BRCA1* et *BRCA2*). Pour illustrer la place que prend cette exploration du patrimoine génétique du vivant, considérons la pandémie SARS-CoV-2. Le test de recherche par PCR est le plus sensible et le plus spécifique disponible. Des études génotypiques permettent d'identifier d'éventuels variants, à surrisque de contagiosité ou de morbidité. Concernant son traitement, la stabilité des protéines S a permis d'identifier précocement cette protéine comme biomarqueur d'intérêt, permettant de développer par la suite des vaccins à ARN pour lutter contre cette pandémie. Enfin, la découverte de séquences génétiques prédisposant à des formes graves de SARS-CoV-2 illustre la place que ces données génomiques pourraient avoir dans la santé des individus à brève échéance.

Données comportementales et environnementales

Outre ces données biologiques constitutionnelles de l'individu, des outils connectés permettent d'identifier et d'évaluer des variables biologiques (par exemple, pression artérielle, saturation en oxygène, glycémie capillaire) et aussi de quantifier des comportements, en particulier les comportements de santé des individus. Des podomètres et des traceurs d'activité connectés sont utilisés pour quantifier les activités physiques des individus. Ils peuvent générer ou colliger un grand nombre de données, telles que le nombre de pas, la fréquence respiratoire de repos ou en activité, le poids, la taille ou encore des données métaboliques renseignées par les patients (HDL-cholestérol, LDL-cholestérol, triglycérides, glycémie, pression artérielle, périmètre abdominal, etc.). Ils ont d'ores et déjà prouvé leur efficacité pour lutter contre la sédentarité, améliorer les caractéristiques métaboliques des individus. Cette quantification des individus, ou *quantified-self*, permet de générer un « comportementalome » utilisable à la fois à l'échelle de l'individu et des populations. Certains des outils du *quantified-self,* les capteurs, sont utilisables pour identifier les expositions des individus à des facteurs de risque environnementaux de santé. L'exposition à des polluants atmosphériques ou domestiques, à des facteurs socio-économiques est désormais quantifiable et incrémentable, afin de déterminer l'« exposome » d'un individu [9].

Codification des actes

Les professionnels de santé génèrent eux aussi des données de santé pour leurs patients. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), initialement mis en place pour évaluer l'activité des hôpitaux (et donc le budget en découlant), est maintenant une source de description des pathologies et des individus pris en charge dans ces institutions d'une grande importance en santé publique. Il n'existe pas, en France, d'équivalent en ambulatoire. En Grande-Bretagne, le *Clinical Practice Research Datalink* (CPRD) recueille des informations anonymisées issues des cabinets de médecine générale portant sur des données démographiques, des symptômes, signes cliniques, diagnostics, de traitement, de résultats de traitements, d'effets indésirables médicaments, de parcours de soins, de résultats biologiques, de comportements de santé, de statut socio-économique. Leur intérêt pour identifier des facteurs de survenue de maladie chronique (par exemple, une démence) est reconnu. L'Assurance Maladie collige également des données de santé via le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Il regroupe des données démographiques, diagnostic d'affection de longue durée, date de décès, les prestations remboursées dans le cadre des soins en médecine de ville, des données de consommation de soins en établissement.

Types d'usage du numérique dans le parcours du patient

Compte tenu de la diversité des solutions numériques, plusieurs institutions ont proposé de les classifier. La HAS a élaboré une grille de classification des solutions numériques en santé tenant compte de leur finalité, de leur capacité à prendre en compte les paramètres de l'usager ou du patient et de leur autonomie fonctionnelle, individualisant au total seize types de solutions numériques [10]. Nous proposons ici une classification alternative, fondée sur la finalité des outils mais aussi sur le niveau du système de santé (« micro », « méso », « macro ») où l'outil intervient.

Par le médecin généraliste

Au début des années 2010, l'informatisation des cabinets de médecine générale était encore un objectif important à atteindre pour notre système de santé. Pour les médecins non informatisés, le principal exemple du déploiement du numérique dans leur quotidien était les échecs à répétition et la gageure financière du dossier médical partagé (DMP). La démocratisation de l'informatique étant affaire de génération, il faut noter qu'en 2020, près de 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans utilisent les trois outils socles de la e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé [11]. C'est le cas chez seulement 48 % des 60 ans ou plus.

Les logiciels d'aide à la prescription (les logiciels métier du cabinet) sont désormais certifiés [12]. Ceci permet l'intégration de nouvelles fonctionnalités au fil de l'actualisation des cahiers des charges de la certification et des évolutions à donner aux logiciels métier. Dans les critères de certification de 2021, ils permettent des retours du médecin sur sa pratique, exemple particulièrement probant de données générées par les professionnels de santé et dont le traitement est utile à leur pratique et au système de santé :

- accès à l'historique des traitements ;
- identification des patients ayant reçu un médicament ou une substance sur une période donnée ;
- simplification du signalement d'un événement sanitaire indésirable ;
- simplification de l'actualisation du DMP concernant l'actualisation de la prescription médicamenteuse ;
- mise à disposition des informations nécessaires à la transmission de la prescription médicamenteuse par messagerie sécurisée de santé.

Jusqu'à présent, la seule image donnée institutionnellement de leur pratique était celle proposée par l'Assurance Maladie, notamment dans le cadre de l'évaluation de l'atteinte par ces professionnels de santé des critères de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Elle était largement incomplète et déformée. À titre d'exemple, concernant la prescription de médicaments génériques, était indiqué non pas le taux de prescription des médicaments en DCI mais le taux de délivrance de médicaments génériques en pharmacie… Avoir une bonne vision de sa pratique est une étape extrêmement importante pour identifier les éventuelles thématiques d'amélioration, d'une part, et pour adapter sa formation continue à ses besoins réels et non seulement ressentis, d'autre part. Un des enseignements du travail sur les données générées en médecine générale suggère que 44 % des tâches administratives effectuées sont « principalement » ou « complètement » automatisables à l'aide de la technologie disponible [13]. Cela ouvre la voie à des économies de fonctionnement et au redéploiement des médecins sur d'autres tâches.

Ces logiciels métiers permettent également le recueil structuré et standardisé des données de consultation par les professionnels de santé. Un médecin sur cinq code les motifs de consultation. Là encore, il existe un effet générationnel : les médecins les plus jeunes codent le contenu de leurs consultations plus souvent que leurs confrères plus âgés [14]. Cette question est d'importance : interfacer ces données avec d'autres données (via par exemple le *Health Data Hub*[5]) pourrait revêtir un intérêt majeur pour notre système de santé.

Les échanges de données entre professionnels sont plus avancés. Ils sont, dans la très grande majorité des cas, sécurisés, via des messageries dédiées, notamment encadrées via MSSanté. Les outils d'échanges, initialement pensés pour la communication institutionnalisée entre professionnels (résultats de bilans biologiques, radiographiques, courriers entre confrères) s'ouvrent vers des messageries sécurisées instantanées, à l'image de Whatsapp® mais en version sécurisée en santé telles que SPICO Discussion[6] ou Azurezo[7]. La sécurisation des données patients reste à améliorer : seulement un quart des médecins hébergent les données de santé issues de leurs dossiers informatisés sur des plateformes agréées [14].

Enfin, des outils numériques d'aide au tri des patients, pensés pour limiter les demandes d'avis aux médecins de second recours, commencent à apparaître, par exemple dans le dépistage de la rétinopathie diabétique [15].

Pour la communication entre le patient et le médecin généraliste

Longtemps, la consultation en face-à-face a été considérée comme le seul temps d'échange entre un patient et son médecin, hors les conseils pouvant être données au téléphone. À ce niveau, le plus pertinent est de différencier les outils synchrones (tels que la téléconsultation) et asynchrones (tels que des avis photographiques en dermatologie). La téléconsultation est probablement l'outil numérique qui a gagné le plus en visibilité, auprès des médecins et du grand public, à la faveur de la pandémie COVID-19. Pendant cette période, notamment la première vague de l'épidémie, elle a été le seul lien possible entre médecin et patient. Il est donc naturellement attendu une poursuite de son développement dans le futur, une fois que sa place sera bien maîtrisée par les médecins de premier recours, considérant notamment l'absence d'examen clinique. Son intérêt pour éviter des consultations en face-à-face est désormais bien établi. Le bénéfice en termes de libération du temps médical, notamment en période de tensions démographiques, est pour le moment moins probant [16].

La télé-expertise pourrait aussi combler une partie des difficultés liées aux limites d'accès aux médecins de second recours (par exemple, dermatologue, ophtalmologiste, etc.).

Il est notable que les outils de communication numériques sécurisés entre patients et médecins ne sont pas encore suffisamment développés. Ils reposent encore trop sur des courriels (non sécurisés), des SMS (non sécurisés) ou l'accès, aujourd'hui malaisé, à des répertoires de fichiers (par exemple, DMP). Il est probable que la e-prescription donnera lieu à de nouveaux outils.

Par le patient

Outre les outils de communication avec leurs professionnels de santé, les outils numériques se font une place directement en tant qu'interventions non médicamenteuses ou en tant que dispositifs médicaux, en complémentarité à des soins prodigués par des professionnels de santé ou en autonomie. C'est le cas des *serious games* (« jeux sérieux », souvent des jeux vidéo) en rééducation motrice ou des applications mobiles d'aide au sevrage tabagique ou à la gestion de douleurs lombaires [17]. L'évaluation scientifique de tels dispositifs dans le champ de la santé reste très limitée [18].

Chaque jour, des systèmes experts de triage fondés sur l'analyse des symptômes sont utilisés par les patients pour évaluer le besoin de consulter un professionnel de santé et en priorité pour mieux comprendre leur état de santé. Malgré une performance diagnostique globalement basse, le niveau de satisfaction des utilisateurs de ces systèmes reste très élevé. Ils peuvent également permettre aux patients de préparer le contact avec le professionnel de santé.

Par le système de santé

Lors de la pandémie de COVID-19, les contraintes subies par le système de santé ont permis la maturation d'innovations encore en germe ou sous-exploitées jusque-là.

L'outil DGS-Urgent est dorénavant régulièrement utilisé pour un lien direct entre les tutelles de santé (ici la Direction générale de la Santé) et les professionnels de santé pour transmettre des informations dont la réception est impérative et urgente pour la gestion de la crise sanitaire.

Des outils de signalement s'étoffent pour remonter aux tutelles des problématiques sanitaires. C'est le cas du portail de signalement des événements sanitaires indésirables[8], ini-

[5] Health Data Hub : https://www.health-data-hub.fr/.

[6] SPICO Discussion : https://services.esante-occitanie.fr/espaces-utilisateurs/spico/spico-discussions-la-messagerie-instantanee-securisee-219-423.html.

[7] Azurezo : https://ies-sud.fr/azurezo/.

[8] www.signalement.social-sante.gouv.fr.

tialement dédié à la pharmacovigilance et qui s'ouvre désormais au signalement de risques environnementaux de santé pour les professionnels de santé et le grand public.

La question du traitement des données de consultation est également majeure car elle permettra par exemple d'identifier précocement des épidémies, de suivre l'état de santé d'une population, de mesurer la qualité des soins et des parcours de soins et d'adapter le système de santé aux besoins d'une population. Cela pourrait permettre de mieux connaître l'efficacité en vie réelle des produits de santé en allant plus loin que les phases III des études cliniques sur des populations hyper-sélectionnées évoluant dans des conditions quasi expérimentales [19]. Croiser les jeux de données pourra permettre d'avoir une vision plus globale de notre système de santé et de dépasser les seules données du Système national des données de santé (SNDS) (figures 5.2 et 5.3).

Enfin, le déploiement de l'IA peut avoir un impact majeur sur le coût de nos systèmes de santé. Des algorithmes d'identification de mélanomes montrent déjà des performances diagnostiques plus élevées que celles de dermatologues expérimentés. La radiologie peut également être impactée par des systèmes d'analyse d'images.

Défis de la mise en place et de l'utilisation de l'intelligence artificielle en médecine générale

Qualité des données et interopérabilité

Une donnée doit être de bonne qualité pour être exploitable, par exemple en la recoupant avec d'autres dans une banque de données. Elle doit être conforme à ce à quoi elle se réfère. Dans les faits, toutes les données ne se valent pas. Le taux d'erreurs du SNIIRAM est encore non négligeable [20].

Plusieurs facteurs affectent la qualité des données en santé. L'assurance qualité est fonction de paramètres techniques : l'acquisition de la donnée (qualité du capteur), sa standardisation (une faible standardisation sémantique des

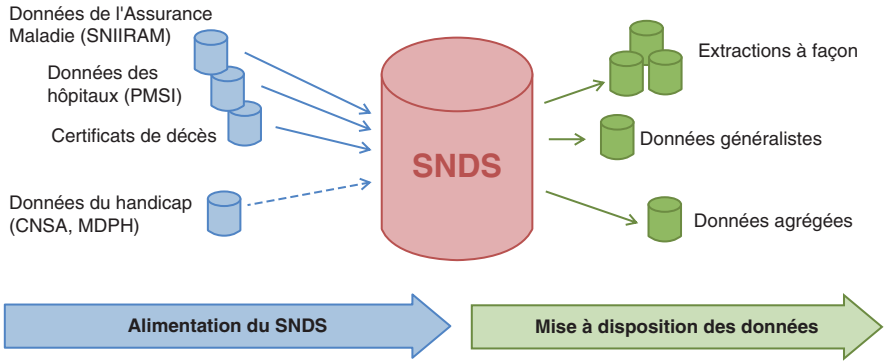


Fig. 5.2 Construction de la base principale du Système national des données de santé (SNDS). *(Source : Dubost C-L, Leduc A. L'EDP – Santé. Appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. Les dossiers de la DREES. 2020;66.)*

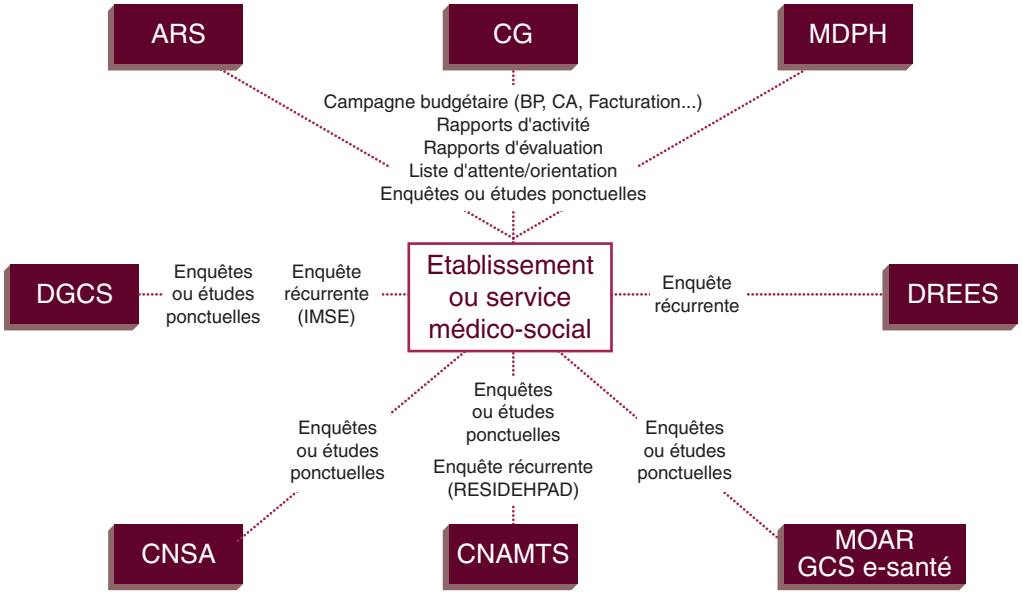


Fig. 5.3 Exemple de remontée d'information dans le secteur médico-social. *(Source : anap, Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Systèmes d'information dans le secteur médico-social: retours d'expérience et grands enseignements. Paru le 20/09/2013. URL : https://ressources.anap.fr/numerique/publication/681-systemes-d-information-dans-le-secteur-medico-social-retours-d-experience-et-grands-enseignements/2369-des-remontees-d-information-par-les-gestionnaires-medico-sociaux-perfectibles)*

données induit une faible interopérabilité sémantique de celles-ci), sa structuration, son traitement (pouvant induire des difficultés d'extraction à partir de systèmes informatiques non prévus pour qu'elle soit extraite), l'existence d'une présentation des données adaptée à l'utilisateur.

La qualité des données est également dépendante de la personne qui les génère. Dans la recherche de données de qualité « médicale », leur qualité est fonction de l'intégration des données dans la pratique clinique, de l'investissement du médecin dans la relation de soins. Elle est aussi fonction des enjeux derrière l'utilisation des données. Les attentes qualitatives sont par exemple bien plus importantes dans le cadre d'une étude clinique qu'en pratique courante. Il peut être demandé à des patients des informations relevant des soins, dans des situations où l'on préfère avoir des données « imparfaites » plutôt qu'aucune. C'est le cas en pharmacovigilance où les patients sont incités à déclarer des événements sanitaires indésirables. Mais dans tous les cas, il est préféré des données de qualité médicale remplies par un médecin.

Cadre réglementaire

La réglementation autour des données en général, de santé en particulier, est globalement mal connue. Sa législation est en évolution rapide. De façon générale, la réglementation du marché numérique a tendance à suivre les progrès du numérique. La question de la propriété des données est un champ particulièrement important. Ces données sont à la source de nombre de modèles de financement de géants du numérique (tels que les GAFA), notamment via la publicité. Cette question est particulièrement prégnante. Il faut se souvenir de la course menée entre un consortium public et l'entreprise privée CELERA dans le projet Génome Humain. Financiariser les données d'un individu sans son accord ou sans que cela lui soit profitable, c'est aussi accepter de le déposséder de son identité propre.

Il en résulte plusieurs limites pour le numérique. D'une part, il manque un dispositif d'ensemble permettant d'assurer vis-à-vis des citoyens la transparence sur le type de données recueillies et leur utilisation. Il manque d'autre part un tiers de confiance pour la mise à disposition de données appariées. Ces deux points nécessitent de canaliser les efforts autour d'une vision nationale pour ces données de santé, stratégiques pour notre pays.

Éthique

Les outils numériques en général, le *big data* et l'intelligence artificielle ont un potentiel de disruption de la relation médecin-malade traditionnelle. La réflexion appelant à encadrer éthiquement ces outils est internationale [21]. Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) rappelle que *« la relation de soin se fonde sur une relation humaine directe, basée sur la confiance et un ensemble de décisions véritablement partagées entre le médecin et le patient, même si l'informatisation des systèmes de soin est maintenant généralisée »*.

Trois principes éthiques peuvent être fragilisés par l'utilisation des données massives :

- le secret médical, « par la multiplication des informations partagées et échangées entre divers acteurs, dont certains ne relèvent pas du milieu médical » ;
- la responsabilité de la décision médicale, « *par le risque d'automatisation que crée la multiplication des logiciels algorithmiques* ». Le MIT a rappelé en 2018 que derrière tout algorithme décisionnel, il y a une éthique du choix, illustrée par le concept de la « machine morale » concernant les véhicules autonomes [22]. En résumé, quel est le meilleur choix à faire en cas de risque d'accident avec un piéton : écraser une personne âgée ou un enfant ou une femme enceinte ? Le médecin a la capacité d'identifier les besoins et préférences de son patient, en collaboration avec lui, et reste le principal interlocuteur pour pouvoir y répondre correctement ;
- la relation personnelle entre le médecin et son patient, « *qui est menacée d'appauvrissement avec les innovations attendues du traitement des données massives, le patient risquant d'être réduit a un ensemble de données à interpréter, semblant rendre inutile son écoute* ».

Le CCNE rappelle que les technologies du numérique doivent rester une aide à la décision et estime que le temps ainsi gagné devrait être mis à profit pour libérer du temps d'écoute, d'échange, de prise en compte personnelle du patient.

Si nous attendons des progrès du numérique en santé, il ne faut pas oublier que ce champ est touché par des inégalités sociales : fracture numérique, accès à Internet, déploiement de l'Internet rapide, littératie. Le progrès n'est éthique que s'il est partagé et accessible à tous.

Redéfinition des rôles de chacun

L'IA peut renforcer la capacité des citoyens, notamment des patients, à induire des évolutions du système de santé par la meilleure connaissance de son offre de soins et son évaluation (figure 5.4). Pour comprendre ce mécanisme, considérons l'impact d'Internet sur l'autonomisation des patients. L'accès au savoir s'est démocratisé et Internet est la source d'information en santé la plus fréquemment utilisée en cas de besoin d'informations en santé. Ces évolutions pourraient laisser à penser que la quantification des comportements de santé des individus, de leur environnement, via l'IA, accentue cette tendance pour consacrer un patient « tout-puissant » rendu autonome voire indépendant.

Il faut modérer ces projections. Tout d'abord, il est malheureusement établi que les informations en santé disponibles en ligne sont difficiles compréhensibles par les patients [23]. Ensuite, les professionnels de santé restent la source préférée d'information des personnes recherchant des informations en santé, y compris chez les patients ne présentant pas de difficultés à naviguer sur Internet pour trouver les informations recherchées. Lors de la pandémie COVID-19, les informations étaient partout, en permanence accessibles, de fiabilité très inégale, au point de générer des syndromes anxieux chez les patients. Mais la source d'information fiable restait le médecin généraliste. Pendant cette crise, 93 % des Français ont fait confiance à leur médecin traitant [24].

L'accès aux informations sur Internet augmente la probabilité de consulter un médecin, contrairement à ce que l'on penserait de prime abord. Il induit donc un risque de demandes de soins parfois inadaptées. L'IA pourrait

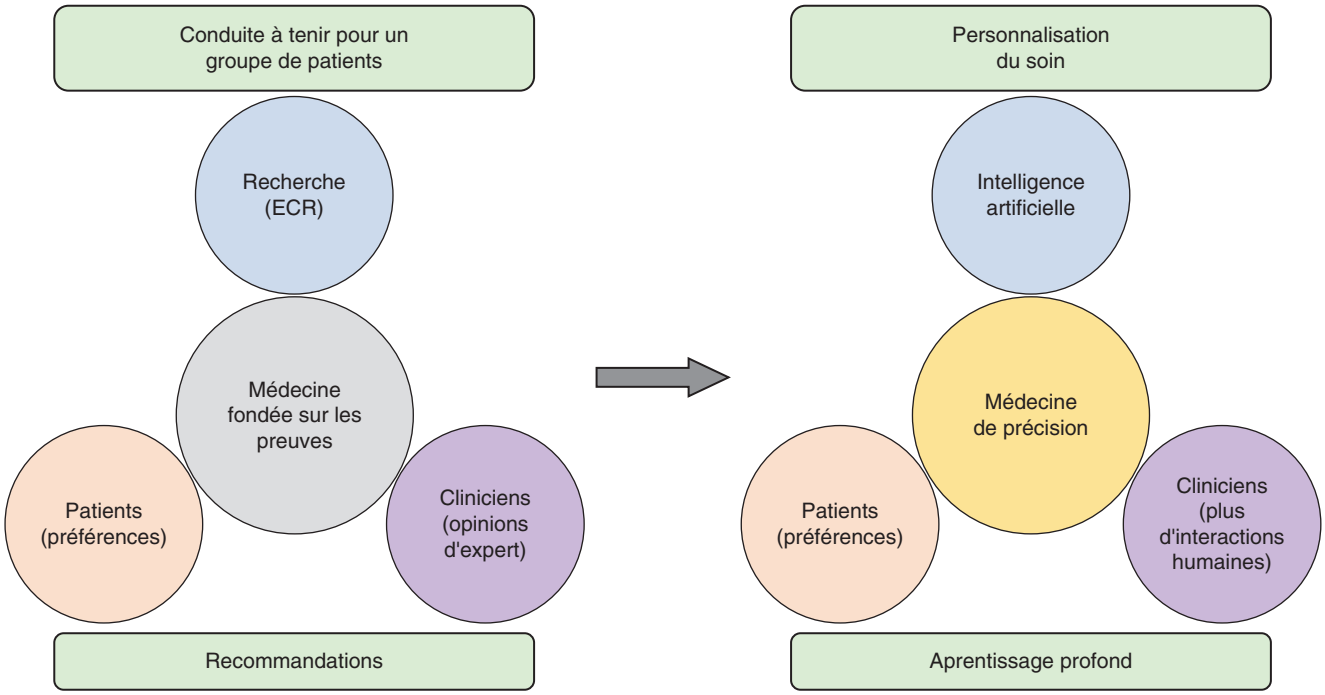


Fig. 5.4 Médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*) et intelligence artificielle. ECR : essais contrôlés randomisés. *(D'après : Burlacu A, Iftene A, Busoiu E, Cogean D, Covic A. Challenging the supremacy of evidence-based medicine through artificial intelligence: the time has come for a change of paradigms. Nephrol Dial Transplant 2020;35(2):191–4.)*

répondre à cette problématique via une évolution des systèmes de triage et donc d'orientation du patient dans le système de santé. Afin d'améliorer réellement leur orientation dans les systèmes de soins de santé primaires et alléger la pression sur ceux-ci, il est essentiel que les algorithmes d'orientation ne soient pas trop réticents au risque. L'aversion exagérée au risque est un phénomène courant pour de nombreux contrôles automatisés des symptômes. La combinaison de la confusion des patients, de la cyberchondrie et des conseils de triage fait en sorte que les patients cherchent inutilement des soins physiques [25]. Il a été suggéré que les recherches futures se concentrent sur la compréhension de la façon dont les patients interprètent et utilisent les conseils des outils numériques et sur la compréhension de l'impact des outils numériques sur la recherche de soins. Les vérifications des symptômes en ligne existantes sont peu performantes : leur précision diagnostique est mauvaise et leurs conseils trop peu enclins au risque. Ils sont donc considérés comme dangereux et inadaptés pour promouvoir une demande de soins physiques utiles. Les résultats de cet examen accentuent l'absence actuelle de réglementation et de lignes directrices d'évaluation qui pourraient faciliter le développement de systèmes de niveau supérieur et permettre aux utilisateurs de choisir entre les plateformes.

L'IA pourrait permettre de libérer du temps médical en automatisant des tâches administratives, guidant le patient vers le système de santé selon ses symptômes. Le temps administratif est cité régulièrement comme une des sources de l'épuisement professionnel médical [26]. Sa diminution serait donc bienvenue pour les médecins. Elle permettrait de recentrer ceux-ci vers leur cœur de métier, à savoir la prise en charge globale des individus. Tout peut être en effet mesuré mais toutes ces mesures n'ont d'intérêt que si l'on peut montrer qu'elles ont un lien avec la décision prise dans le soin.

Redéfinition des maladies

La génération de données peut être un moteur puissant pour la redéfinition des maladies, notamment en modifiant leurs seuils diagnostiques. Le risque en est le « façonnage de maladies » (ou *disease mongering*). Cette expression désigne la pratique d'entreprises, en général pharmaceutiques, consistant à inventer des maladies ou à les requalifier de façon à pouvoir créer de nouveaux marchés commerciaux [27]. Il y a donc des risques de dérives commercialement orientées.

Il existe des risques induits par les progrès technologiques. On estime à 52 % le taux d'examens radiographiques ou biologiques pouvant provoquer des découvertes fortuites [28]. Dans la plupart des cas, elles n'aboutissent à aucune conséquence cliniquement pertinente pour le patient. Elles ne lui sont dès lors non seulement pas profitables mais au contraire source d'anxiété, d'examens complémentaires à risque et de surcoût financier. Pour le médecin, c'est une source supplémentaire de travail et de stress.

Organisation du système de santé

Le développement de l'IA peut avoir un impact considérable sur les systèmes assurantiels en santé. Actuellement, nombre de ces systèmes s'appuient sur une solidarité interindividuelle fondée sur des niveaux de risque et révisés annuellement (par exemple, accidentalité annuelle pour fixer le niveau des polices

d'assurance automobile). Elle pourrait ouvrir la voie à une personnalisation des prix des assurances santé et mutuelles, favorisant les « bons patients » et pénalisant les « mauvais patients » ou perçus comme tels par des algorithmes.

Un des corollaires de cette personnalisation des assurances est l'émergence d'une industrie automatisée de la prise en soins qui viendrait se substituer aux professionnels de santé, présentée comme moins coûteuse que l'organisation traditionnelle du système de santé. Une telle organisation se prêterait en particulier aux organisations de santé fondées sur des modèles non ou peu solidaires, tels que celui des États-Unis.

L'IA peut enfin piloter l'allocation des ressources dans le système de santé. Cela est réalisable dans les systèmes centralisés tels que le système de santé français. Cela nécessite bien sûr que la qualité des données remontées par les différentes structures du système de santé (milieu hospitalier public et privé, ambulatoire) soit équivalente et que les algorithmes de traitement proposent des équivalences proportionnées aux niveaux de soins.

Conclusion

Nos systèmes de santé sont d'ores et déjà engagés vers le déploiement du numérique en santé. Il débouchera, à terme, sur l'usage de l'intelligence artificielle dans ce champ. Les applications sont multiples et révolutionneront l'organisation de notre système de santé tel que nous le connaissons. Leur avènement fait naître de nouveaux défis en termes d'organisation, de formation, d'évaluation des interventions numériques en santé, de garde-fous réglementaires et éthiques.

Références

[1] Chaput H, Monziols M, Ventelou B, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Études et résultats, 1140. [En ligne] Paris: DREES 2020. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[2] Bras P. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? Les Tribunes de la santé 2016;50:67–91.

[3] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012;380(9836):37–43.

[4] Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2016;3(3). CD006560.

[5] Andermann A, Pang T, Newton JN, Davis A, Panisset U. Evidence for Health II: Overcoming barriers to using evidence in policy and practice. Health Res Policy Syst 2016;14:17.

[6] Tan SS, Goonawardene N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. J Med Internet Res 2017;19(1):e9.

[7] Ninot G, Carbonnel F. Pour un modèle consensuel de validation clinique et de surveillance des interventions non médicamenteuses (INM). Hegel 2016;6(3):273–9.

[8] Haute Autorité de santé. Évaluation des applications dans le champ de la santé mobile (mHealth). [En ligne] Saint-Denis: HAS; 2021. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[9] Vineis P, Chadeau-Hyam M, Gmuender H, et al. EXPOsOMICS Consortium. The exposome in practice: Design of the EXPOsOMICS project. Int J Hyg Environ Health 2017;220(2 Pt A):142–51.

[10] Haute Autorité de santé. Classification fonctionnelle selon leurs finalités d'usagen des solutions numériques utilisées dans le cadre de soins médicaux ou médicaux. [En ligne] Saint-Denis: HAS; 2021. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[11] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Pratiques et conditions d'exercice en médecine générale : E-santé, soins non programmés et démographie médicale. [En ligne] Paris: DREES 2020. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[12] Haute Autorité de santé. Référentiel fonctionnel de certification des logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire. [En ligne] Saint-Denis: HAS; 2021. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[13] Willis M, Duckworth P, Coulter A, et al. Qualitative and quantitative approach to assess the potential for automating administrative tasks in general practice. BMJ Open 2020;10, e032412.

[14] Chaput H, Monziols M, Ventelou B, et al. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. Études et résultats, 1139. [En ligne] Paris: DREES; 2020. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[15] Cuadros J. The real-world impact of artificial intelligence on diabetic retinopathy screening in primary care. J Diabetes Sci Technol 2021;15(3):664–5.

[16] López Seguí F, Walsh S, Solans O, et al. Teleconsultation between patients and health care professionals in the catalan primary care service: Message annotation analysis in a retrospective cross-sectional study. J Med Internet Res 2020;22(9), e19149.

[17] Sandal LF, Stochkendahl MJ, Svendsen MJ, et al. An app-delivered self-management program for people with low back pain: protocol for the selfBACK randomized controlled trial. JMIR Res Protoc 2019;8(12), e14720.

[18] Fitzpatrick KK, Darcy A, Vierhile M. Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. JMIR Ment Health 2017;4(2), e19.

[19] US Food and Drugs Administration. Use of real-world evidence to support regulatory decision-making for medical devices. Guidance for industry and food and drug administration staff. [En ligne]. Silver Spring (Maryland): US FDA; 2017. Disponible sur : https://www.fda.gov/.

[20] Cour des comptes. Les données personnelles de santé gérées par l'Assurance Maladie. [En ligne]. Paris: Cour des comptes; 2016. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/.

[21] Liaw ST, Liyanage H, Kuziemsky C, et al. Ethical use of electronic health record data and artificial intelligence: recommendations of the Primary Care Informatics Working Group of the International Medical Informatics Association. Yearb Med Inform 2020;29(1):51–7.

[22] Awad E, Dsouza S, Kim R, et al. The moral machine experiment. Nature 2018;563(7729):59–64.

[23] Daraz L, Morrow AS, Ponce et al. Readability of online health information: A meta-narrative systematic review. Am J Med Qual 2018;33(5):487–92.

[24] Fondation April. La crise du COVID-19 : quel impact sur la santé des Français. Enquête BVA pour la Fondation April. [En ligne]. Lyon: Fondation April; 2020. Disponible sur : https://www.fondation-april.org.

[25] McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). J Anxiety Disord 2014;28(2):259–65.

[26] Noseworthy J. The future of care – Preserving the patient-physician relationship. N Engl J Med 2019;381(23):2265–9.

[27] Kaczmarek E. Promoting diseases to promote drugs: The role of the pharmaceutical industry in fostering good and bad medicalization. Br J Clin Pharmacol 2021.

[28] Ganguli I, Simpkin AL, Lupo C, et al. Cascades of care after incidental findings in a us national survey of physicians. JAMA Netw Open 2019;2(10), e1913325.

Approche centrée sur le patient et décision partagée en santé

Alain Moreau, Émilie Ferrat, Isabelle Aubin-Auger

PLAN DU CHAPITRE

Comment mieux comprendre cette situation avec l'approche centrée sur le patient ? 37
L'approche centrée sur le patient : une démarche clinique relationnelle 40
Quelles sont les données actuelles de la science sur l'approche centrée sur le patient ? 44
Approche centrée sur le patient et interprofessionnalité 44
Conclusion. 44

L'approche centrée sur le patient (ACP) est une démarche clinique qui s'appuie sur les travaux initiaux de M. Balint et de C. Rogers. Son concept s'est affiné avec des auteurs canadiens et anglo-saxons comme Engel (modèle biopsychosocial) et des médecins de famille canadiens, McWhinney et Stewart, qui ont initié le modèle « *patient-centered medecine* » [1].

L'Organisation internationale de la médecine générale-médecine de famille, la WONCA, en a fait un référentiel. Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) en a fait une compétence générique transversale centrale de la « marguerite des compétences » (figure 6.1).

Cette démarche clinique complète la démarche biomédicale centrée maladie, réductionniste, fondée sur un raisonnement anatomoclinique et physiopathologique. Cette démarche positiviste du médecin rencontre l'expérience vécue subjective de la maladie du patient dans une dynamique délibérative et constitue un véritable système thérapeutique à quatre composantes en interaction réciproque [1, 2].

1. Explorer la maladie (*disease*), la santé et la perspective du patient (*illness*), son expérience vécue, ses préoccupations, sa représentation de la maladie, ses attentes, ses préférences, son état d'esprit.
2. Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, la dimension contextuelle (histoire actuelle et événements de vie passés, interaction avec l'environnement, dimension systémique et culturelle).
3. Trouver un terrain commun avec le patient sur le problème, les solutions, le rôle que chacun entend jouer, le partage des responsabilités et des décisions.
4. Développer une relation thérapeutique médecin-patient délibérative pour construire une alliance thérapeutique. Faire preuve de réalisme et de réflexivité sur la relation transférentielle, s'adapter à chaque situation, tenir compte des limites et contraintes de chacun (gestion du temps).

Situation clinique

Monsieur Pa., 42 ans, est marié, père de deux enfants (14 ans et 11 ans). Il ne présente aucun antécédent notable sur le plan personnel. Son père, diabétique de type 2, est décédé brutalement à 55 ans d'un infarctus du myocarde. Il travaille comme préparateur de commandes dans un centre de logistique. Il va rarement voir son médecin traitant et ne pratique pas d'activité sportive. On note un tabagisme à 20 paquets-années ; il pense arrêter… un jour. Son IMC est à 27. Il y a un an, il a consulté pour des lombalgies d'allure mécanique. Le bilan clinique et paraclinique n'a mis en évidence aucune maladie organique. Cet épisode a été traité avec 2 semaines d'arrêt de travail, du paracétamol codéiné et des séances de kiné qui l'avaient partiellement amélioré. Il est revenu en consultation, il y a 2 semaines, avec le même tableau clinique après un « faux mouvement » au travail et une douleur qu'il situe à 5 à l'EVA. Le même traitement a été prescrit, sans arrêt de travail car il ne le souhaitait pas.
Il revient ce jour : « Ça ne va pas… Le médicament que vous m'avez donné me fatigue. » L'examen clinique est normal avec une souplesse du rachis (indice de Schober normal) qui contraste avec l'expression non verbale d'un patient qui semble bien démoralisé.

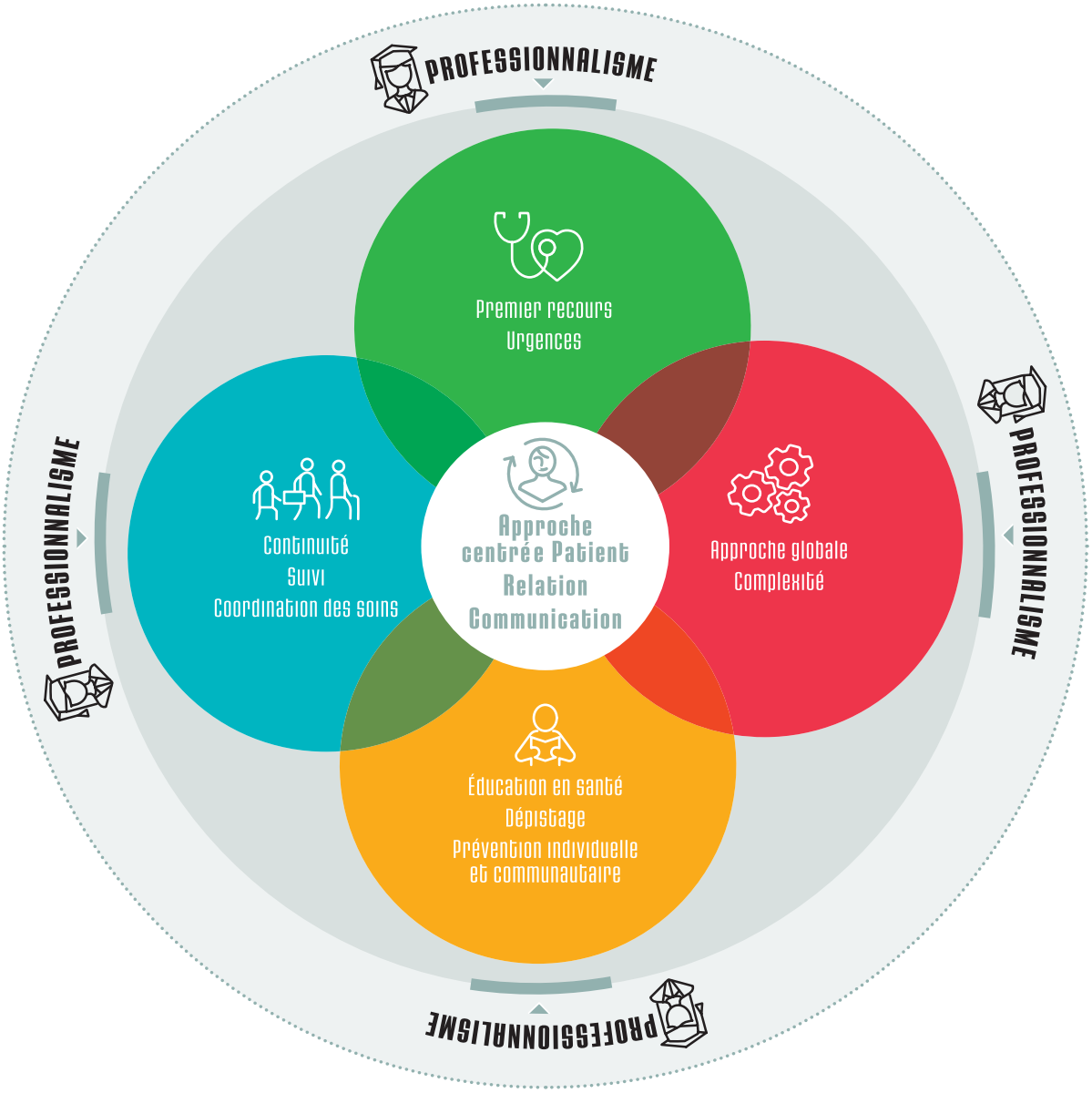
Comment mieux comprendre cette situation avec l'approche centrée sur le patient ?

Première composante

La première composante de l'ACP consiste à explorer la perspective du patient sur sa situation-problème-santé-maladie en complément de la démarche biomédicale. On peut s'appuyer de manière didactique sur l'acronyme « VRAIE » pour aborder :

- son expérience **V**écue ;
- ses **R**eprésentations de la situation ;
- ses **A**ttentes ;

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

CNGE FORMATION

source : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique: johannakern.fr

Fig. 6.1 La « marguerite des compétences » du CNGE. *(Source : Attali C, Bail P, et al. Groupe « niveaux de compétences » du CNGE. https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909_1.pdf)*

- ce qui est **I**mportant pour lui (ses préférences) ;
- son **É**tat d'esprit actuel.

L'objectif est d'écouter sans jugement de valeur et de comprendre le sens de la demande à travers la narration que le patient fait de son problème et les mots qu'il utilise. Laisser parler c'est poser des questions ouvertes, reformuler… et savoir se taire.

> **Dr** : « Comment vous vivez la situation actuellement ? »
> **Monsieur Pa.** : « Très mal… J'ai toujours mal au bas du dos. Je me sens mal… Je n'ai pas d'énergie… Je me traîne au boulot… J'en ai marre et vos remèdes me fatiguent plutôt… »
> **Dr** : « Oh ! J'ai l'impression que ça vous déprime. »
> **Monsieur Pa.** : « J'ai pas le moral à cause de la douleur… J'ai l'impression d'y penser tout le temps… Ça passera pas. »
> **Dr** : « Vos pensées sont fixées sur la douleur… Vous pouvez me la décrire ? »
> **Monsieur Pa.** : « Ça me fait comme des courbatures, des tensions… La nuit j'ai du mal à m'endormir, je vire dans le lit et j'ai mal… J'arrive au bout d'un certain temps à m'endormir… Ça se calme… »
> **Dr** : « Qu'est-ce que vous croyez que vous avez ? »
> **Monsieur Pa.** : « Je suis sûr que j'ai quelque chose de grave car c'est pas normal… J'ai jamais été comme ça… Mon père se plaignait toujours du dos… Il avait de l'arthrose. »
> **Dr** : « Qu'est-ce que vous attendez de moi ? »
> **Monsieur Pa** : « Faut me faire un scanner… Mon voisin il avait mal au dos… Ça a traîné et c'était un cancer… »
> **Dr** : « Qu'est ce qui est le plus important pour vous actuellement ? »
> **Monsieur Pa.** : « Je ne veux plus avoir mal et continuer mon travail… Ça ne va pas fort aussi de ce côté-là… On nous en demande de plus en plus… Y'a des menaces de licenciements… Je veux savoir qu'est-ce que j'ai… C'est vous le docteur »
> **Dr** : « Dans quel état d'esprit vous vous sentez ? »
> **Monsieur Pa.** : « Vous l'avez dit, j'ai pas le moral mais c'est pas dans la tête… J'ai mal… J'en ai marre… et puis ma femme elle en a aussi marre que je me plaigne tout le temps… »

À ce moment de la consultation, le docteur peut faire une reformulation-synthèse de ce qu'il a compris de la perspective « VRAIE » de Monsieur Pa.

> **Dr** : « Si j'ai bien compris, cette douleur c'est comme une tension. Elle vous fait perdre le moral. Vous êtes inquiet car vous n'avez pas d'explication et elle dure. Vous souhaitez un scanner pour connaître la cause… D'autant que votre voisin avait des symptômes proches et il s'agissait d'un cancer. »

Deuxième composante

Après cette première étape, la deuxième composante consiste à essayer de comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale et la dimension contextuelle — l'histoire de vie actuelle et les événements de vie passés, l'interaction avec son environnement. La narration de la situation lors de la première étape nous ouvre déjà beaucoup de portes qui permettent d'explorer toutes les dimensions du problème.

Sur le plan professionnel, des menaces de licenciement pèsent sur Monsieur Pa. qui semble avoir peur de s'arrêter.

> **Dr** : « Racontez-moi… Comment ça se passe concrètement au travail ? »
> **Monsieur Pa.** : « La boîte a des difficultés financières et doit être rachetée par un groupe plus important. Il y a eu des réductions d'effectifs et on a mis des intérimaires à la place… C'est plus la même ambiance entre collègues. Mon chef a été remplacé et le nouveau me harcèle sans arrêt. »
> **Dr** : « Pourquoi vous ne souhaitez pas vous arrêter ? »
> **Monsieur Pa.** : « Ceux qui se sont arrêtés ont été poussés à la démission. »
> **Dr** : « Vous me disiez que cette situation énervait votre épouse… »
> **Monsieur Pa.** : « Elle me dit que je suis pas marrant, que je m'énerve pour un rien, que je lui fais la "gueule", alors que c'est elle qui est distante… »
> **Dr** : « Et vous, qu'en pensez-vous ? »
> **Monsieur Pa.** : « Je me rends compte que je ne suis pas comme avant et je rouspète plus qu'avant, c'est vrai ! »
> **Dr** : « Vous me disiez aussi que votre père avait mal au dos. »
> **Monsieur Pa.** : « Ah ! Oui ça m'énervait à l'époque de le voir se plaindre tout le temps et il voulait jamais s'arrêter. Il est mort brutalement du cœur il y a 15 ans… J'ai déprimé à l'époque. »
> **Dr** : « Et aujourd'hui, côté moral, comment vous sentez-vous ? »
> **Monsieur Pa.** : « C'est vrai que ça me rappelle un peu cette période… J'étais seul et j'avais envie de rien, pas motivé, je dormais mal… Aujourd'hui, c'est pas pareil, j'ai quand même envie d'aller au boulot même si ça me stresse… Je sens que ma femme me soutient, même si on s'engueule. »
> **Dr** : « Est-ce que vous êtes si mal que vous pensez au suicide ? »
> **Monsieur Pa.** : « Non… Mais faudrait pas que ça dure. »

Troisième composante

La troisième composante consiste à trouver un « terrain commun » pour atteindre une compréhension mutuelle de la situation-problème-santé-maladie et trouver un terrain d'entente sur des solutions. Dans cette situation clinique, la question se pose de la prescription du scanner qui ne se justifie pas d'un point de vue biomédical. L'idée est d'approfondir la délibération par une écoute active de sa peur du cancer et de son expérience vécue du « retard » de diagnostic chez son voisin. L'objectif est de partir de ses ressentis émotionnels, de les valider comme importants. Cette prise en compte initiale permet de diminuer la charge émotionnelle et d'aborder plus efficacement un travail d'explication rationnel sur le manque d'intérêt du scanner et sur la réalité de douleurs musculosquelettiques qui ne sont pas que « dans la tête ». Avant de prescrire le scanner, il faudra proposer de travailler la compréhension des troubles musculosquelettiques expliquant des douleurs qui aient du sens pour le patient.

> **Dr** : « Ce que vous m'avez dit me permet de comprendre que votre problème de dos est dû à de nombreux facteurs, le travail en particulier, avec ses répercussions sur le plan de familial et un coup de déprime qui aggrave les douleurs. Cela réactive aussi une situation plus ancienne, la mort de votre père qui vous a fait déprimer aussi. Il faut qu'on décide ensemble ce que l'on peut faire pour votre travail. Qu'en pensez-vous ? »
> **Monsieur Pa.** : : « Je pense aussi que mon travail est un vrai problème, alors si on peut améliorer cette situation, ça serait bien, mais j'ai des doutes… qu'est-ce que vous proposez ? »

Dr : « Je vous propose de rencontrer le médecin du travail pour aménager votre poste. Vous pouvez aussi mettre une ceinture lombaire si vous devez porter des charges lourdes et travailler avec votre kiné pour étirer et renforcer les muscles de votre dos. Qu'en pensez-vous ? »
Monsieur Pa. : « On peut essayer… Et mon traitement pour la douleur ? »
Dr : « Qu'est-ce que ça vous apporte ? »
Monsieur Pa. : « Il me fatigue la journée, mais j'ai l'impression que je dors mieux la nuit avec lui… Mais ne me donnez pas de générique, je préfère le Codoliprane®… »
Dr : [*En résonance affective, réflexion dans sa tête : « Ça commence à m'énerver, je n'ai pas envie d'aborder la question maintenant, je n'ai plus beaucoup de temps… restons réalistes… on verra plus tard…* »] « OK je vous represcris le Codoliprane®. »
Monsieur Pa. : « Et le scanner, est-ce qu'on le fait ? J'ai besoin de savoir… »
Dr : « Je comprends que ce qui est arrivé à votre voisin vous fasse peur mais, de mon côté, je n'ai aucune inquiétude : votre douleur est essentiellement due à des tensions musculaires liées à votre travail et la radiographie ne montre pas d'anomalies au niveau des os. Le scanner ne donnera pas plus de renseignements. Le fait que la douleur se calme au repos est aussi rassurant. Il sera toujours temps de faire un scanner si vos douleurs se modifient ou s'aggravent. »
Monsieur Pa. : : « C'est d'accord… Ça m'a fait du bien de vous parler. »
Dr : « De toute façon, on va se revoir et en reparler. Je vous accompagne dans ces moments difficiles. »

Quatrième composante

On peut remarquer que ces trois étapes s'imbriquent les unes dans les autres. Elles développent et renforcent la quatrième composante de l'ACP, une relation et une alliance thérapeutique avec une attitude empathique compréhensive qui favorise la confiance, donne de l'espoir, soulage sur le plan émotionnel, libère les capacités cognitives, rassure, réconforte (le « *remède médecin* » de Balint) et motive à agir. L'écoute active est à la base de la communication favorisant cette relation. La consultation a duré environ 20 minutes.

L'approche centrée sur le patient : une démarche clinique relationnelle

Intégrer la perspective « VRAIE » du patient dans la perspective biomédicale (tableau 6.1)

V – Expérience Vécue

Le vécu d'une maladie commence par une prise de conscience avec irruption d'un symptôme-malaise « *qui n'est pas comme d'habitude* ». L'expérience vécue du patient s'explore par un questionnement ouvert sur les sentiments-soucis-préoccupations-inquiétudes-peur, tout ce qui mobilise sur le plan émotionnel (*qu'est-ce qui vous soucie ?*), les idées qu'il se fait de son problème (*comment expliquez-vous ce qui vous arrive ?*), les conséquences dans sa vie (*quelles conséquences cela a sur votre vie ?*) [1].

L'expérience vécue de la situation permet au patient de mieux exprimer ses émotions et ses ressentis qui sont validés par le médecin comme réels et en lien possible avec le corps, avec un effet catharsis possible et donc thérapeutique.

Tableau 6.1 **Perspective « VRAIE » de Monsieur Pa.**

V	Expérience vécue	La douleur du dos qui démoralise
R	Représentations, croyances	Ce doit être grave ; par analogie, comme le voisin, qui a eu un cancer osseux ; la douleur n'est pas psychologique ; le médicament fatigue
A	Attentes, besoins, demandes	Demande de scanner pour trouver une explication ; attente de guérison qui viendra du médecin et de la science
I	Ce qui est important, les préférences, les priorités, ce qui a du sens	Continuer son travail pour éviter un licenciement ; son père décédé avait déjà mal au dos ; sa femme en a marre
E	État d'esprit	Tendance dépressive ; capacités de verbalisation et de réflexion sur soi permettant progressivement de faire des liens et mettre des mots entre ses symptômes et sa situation ; sensible à un effet placebo

R – Représentations et connaissances de la maladie

Dans une perspective constructiviste, les connaissances des patients sont des représentations de leur expérience cognitive de la santé et de la maladie qui les impliquent. Chaque patient la construit à partir de son expérience du réel dans un système symbolique et lui donne une valeur propre. Les représentations profanes du patient obéissent à une logique interne subjective propre [3]. Les mots ou les images utilisées sont des figures de rhétorique utilisant un langage analogique ou métaphorique. La fonction psychologique de ces théories subjectives permet d'évaluer la capacité du patient à vivre avec sa maladie et ses traitements. Ce ne sont pas des fausses croyances qu'il faudrait rectifier et écarter de l'entretien pour se centrer sur des données objectives. L'activité réflexive de la personne vise à décrire sa situation pour la partager et expliquer ce qui lui arrive, le passage du monde de la santé au monde de la maladie. Cela nécessite des ajustements nouveaux, une reconstruction psychique pour s'expliquer, donner du sens et mieux accepter la nouvelle situation. Le travail du médecin consiste à restituer, reformuler et valider le sens de ce discours et de sa logique interne. L'interaction et l'intersubjectivité patient-médecin co-construisent un nouveau monde. Cette reconstruction se fait à l'aide d'éléments d'information, de modifications cognitivo-émotionnelles en lien avec la propre histoire de la personne. L'entraver empêche ce travail de métabolisation et d'évolution du patient vers l'acceptation de la réalité objective de la maladie. En s'intéressant aux croyances de santé et aux représentations étiologiques de la maladie et de la thérapeutique, le médecin peut comprendre les facteurs favorisants, les obstacles ou les difficultés à la prise en compte du problème de santé. Par exemple, le « *lieu de contrôle* » (LC) est une représentation qui fait dépendre l'origine d'un événement ou d'un problème de santé soit de facteurs internes (LCI) sur lesquels la personne peut agir, soit

de facteurs externes (LCE) comme la chance, le destin, le hasard sur lesquels la personne n'a pas de prise directe [4]. Pour Monsieur Pa., c'est un cancer, une maladie étrangère à lui, qui l'a envahi (LCE). Il ne croit pas que ses douleurs sont en grande partie liées à ses perceptions de ce que ressent son corps (LCI).

A – Attentes

Les attentes des patients font partie intégrante de leurs perspectives. Elles permettent au médecin de mieux les comprendre et de s'adapter à ses demandes et besoins. Les attentes de résultats et les croyances du patient agissent sur le plan thérapeutique dans le cadre de l'effet placebo/nocebo. Cet effet placebo existe plutôt dans un climat d'espoir, de confiance et de conviction positive. Dans les lombalgies aiguës, les attentes de guérison s'accompagnent plus souvent d'amélioration clinique [5]. Pour l'instant, Monsieur Pa. croit plus dans le Codoliprane® que dans son médicament générique. Il ne s'attend pas à guérir et veut savoir ce qui lui arrive.

I – Ce qui est Important, les préférences, les priorités

Permettre l'expression des préférences oriente d'emblée vers ce qui a de l'importance et compte pour le patient, ses priorités, ce qui a de la valeur et du sens. La recherche de sens permet d'associer de manière étroite l'identification de la maladie (le quoi), sa description du vécu (le comment) et l'interprétation que l'on en fait (le pourquoi). En l'intégrant à son histoire de vie, cette histoire de la maladie remaniée et reconstruite que le patient raconte lui permet de « *renaître et bâtir de nouveau projets de vie* » [4] Pour chaque patient, « *sa* » maladie peut recouvrir différentes significations comme un échec-faiblesse, une perte-atteinte de l'intégrité comme l'exprime Monsieur Pa. à travers ses priorités (son travail et sa vie de famille).

E – L'État d'esprit

Cette sorte de raccourci mental oriente et simplifie la complexité des nombreuses perceptions que développe la personne. Il aide à la représentation d'une situation, à la prise de décision et au comportement à adapter. L'état d'esprit concernant les capacités à changer et la croyance dans l'efficacité d'un traitement intervient dans l'effet thérapeutique placebo ou nocebo [6]. L'état d'esprit du patient permet de donner du sens aux attentes et représentations exprimées pas le patient. Par exemple, dire « *je veux un scanner pour mon mal au dos* » peut signifier, pour Monsieur Pa., que « *seule la médecine est capable de découvrir l'origine de mon mal* ». Son état d'esprit dépressif, pessimiste, peu à l'écoute de son corps, est incapable de ressentir que des tensions psychosociales peuvent donner des douleurs. L'état d'esprit guide les processus attentionnels et motivationnels. En psychologie de la santé, on parle de dispositions d'esprit qui permettent de repérer des facteurs de vulnérabilité, de fragilité ou protecteurs, de résilience [4]. L'empathie va accentuer les dispositions d'esprit positives et atténuer les dispositions d'esprit négatives [7].

En résumé, l'expertise du patient repose sur sa perspective subjective « VRAIE » (expérience Vécue, Représentation, Attentes, ce qui Important, État d'esprit) de la situation-problème-santé-maladie. Elle va à la rencontre de l'expertise biomédicale objective du médecin et ses compétences relationnelles.

Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, historique et son contexte

Chaque personne se construit et se développe dans son histoire de vie et son environnement socio-économique et culturel. La perspective et le comportement actuel du patient vis-à-vis de sa situation-problème-santé-maladie dépendent de différents facteurs comme la conscience de Soi (le *self*), le style relationnel, le style d'attachement (Bowlby), les capacités d'autonomie ou le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura [4]. Chaque personne construit sa personnalité et son système de défenses (plus ou moins conscient) pour protéger ce Soi et lutter contre l'anxiété qui découle de la perception d'un danger plus ou moins réel. Chacun développe son système de croyance, éthique et spirituelle (pas forcément au sens religieux) en lien avec son système de valeurs que le médecin hésite à questionner comme n'étant pas de son ressort. Or la maladie interroge le sens de la vie : « *Qu'est ce qui m'arrive ? Pourquoi moi ? Qu'est-ce que j'ai fait pour cela ? Qu'est-ce je vais devenir ? Et mon travail ? Et ma famille ?* »

La confrontation du patient à son problème-situation-santé-maladie va enclencher un processus transactionnel (Lazarus et Folkman), qui le pousse à autoévaluer cette situation stressante, à tenter de la contrôler et d'obtenir de l'aide. Il va faire des efforts cognitivo-émotionnels pour s'adapter et ajuster son comportement. On peut repérer deux types de stratégies d'adaptation et d'ajustement appelées stratégies de *coping* : un *coping* centré sur l'émotion, défensif (minimisation, évitement-fuite, déni, désengagement, auto-accusation, dérision, acceptation…), et un *coping* centré sur le problème, actif en vue de résoudre le problème (recherche d'information, plan d'action) et d'affronter la situation (actions pour modifier la situation, observance…) [4]. Les changements vont pouvoir s'opérer chez Monsieur Pa. selon des processus cognitivo-émotionnels (comme la sensibilisation-prise de conscience, soulagement émotionnel, réévaluation de l'environnement et de soi) et une demande de relation d'aide selon le modèle transthéorique de Prochaska [8]. À ces processus, Prochaska rattachait le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura et la balance décisionnelle de Janis qui permettent de travailler sur l'ambivalence que chaque être humain peut rencontrer dans des choix entre le pour et le contre, les avantages et les inconvénients au changement.

Le modèle biopsychosocial d'Engel permet de globaliser la conception biomédicale des médecins, positiviste, matérialiste, scientifique, objective, et la conception profane subjective du patient [8]. En partageant son expérience subjective avec son médecin, tout en communiquant des informations sur son état de santé, le patient va se comporter en collaborateur. Ce travail partenarial patient-médecin peut permettre une co-investigation sur le problème-situation-maladie-santé pour tester des

hypothèses communes dans une sorte de découverte guidée d'un diagnostic approfondi biopsychosocial [9].

La prise en compte de la dimension contextuelle permet de sortir de la vision ontologique et structuraliste de la maladie autour de laquelle s'est construite la médecine. On distingue deux grands types de contexte [1] :

- un contexte proximal, immédiat et spécifique, qui cible la personne dans son présent ou passé récent au sein de sa famille (le berceau émotionnel où se forgent les sentiments, le style d'attachement, le vécu de la santé-maladie, l'éducation), de son travail en lien avec son niveau d'étude et niveau de salaire, ses loisirs et le soutien social dont il dispose ;
- un contexte distal plus général de la personne dans son contexte socioculturel, communautaire, ethnique, politique de santé, médiatique. On peut y ajouter un méta-contexte avec la personne et ses constructions socioculturelles et sa littératie en santé.

Cette approche globale centrée sur le patient s'intègre très bien dans la compétence du clinicien (cognitive, gestuelle, communicative) à l'ère de la médecine fondée sur les preuves ou *evidence-based medicine* (EBM) [10]. Cette compétence englobe la connaissance de données actuelles de la science, le raisonnement clinique biomédical et l'écoute des choix et préférences du patient (figure 6.2).

En créant du lien entre le contexte psychosocial, l'histoire de vie du patient et la survenue de situation-problèmes-santé-maladie, l'approche biopsychosociale permet d'approfondir le diagnostic. L'échange entre médecin et patient peut faciliter la prise de conscience et donner du sens à ce qui arrive pour mieux l'affronter.

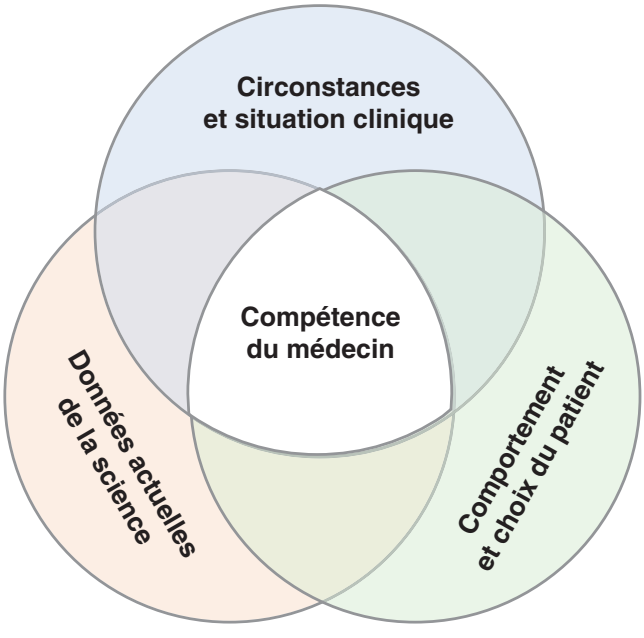


Fig. 6.2 Modèle EBM. *(D'après : Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec le patient. EBM J 2003;34:5–8.)*

Trouver un terrain commun (*common ground*) pour une décision partagée

Trouver un terrain commun, c'est comprendre ensemble, médecin et patient, la situation-problème-santé-maladie, trouver des solutions et s'entendre sur le rôle que chacun veut jouer et les buts du traitement. Cette composante « trouver un terrain commun » s'intègre dans une dynamique de partage de pouvoir avec le patient et dans un processus de décision partagée au sens d'un échange délibératif entre deux expertises : celle du patient expert « connaisseur de soi », de son expérience vécue, capable d'exprimer ses perspectives, ses préférences, et celle du médecin expert qui, par ses compétences biomédicales et relationnelles, est capable d'écouter, d'informer au mieux, de s'impliquer par ses conseils et d'accompagner les choix décisionnels dans un climat de confiance [11]. Cette pratique délibérative se situe comme un compromis entre deux modèles opposés : le modèle paternaliste, dans lequel le médecin au nom du principe de bienfaisance sait ce qui est bon pour son patient, et le modèle autonomiste informatif, dans lequel le patient autonome attend une information scientifique la plus objective possible de la part de l'expert médecin pour décider seul [12]. La possibilité d'outils décisionnels est une aide, pour le patient comme pour le médecin. La difficulté d'interprétation des résultats statistiques des études scientifiques est un obstacle. La démarche nécessite du temps, beaucoup de flexibilité et de souplesse en alternant les différents modèles et démarches de prise de décisions adaptées à la préférence de chaque patient. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise façon de décider s'il y a délibération interactive et entente entre les préférences de chacun.

En situation d'urgence vitale, le modèle paternaliste a montré toute son efficacité. Certains patients attendent beaucoup de leur médecin et souhaitent qu'il joue un rôle sur un mode paternaliste comme Monsieur Pa. (« *Je veux savoir qu'est-ce que j'ai…, c'est vous le docteur* »). Viser l'acquisition de capacité d'autonomie chez le patient (*patient empowerment*) est un objectif essentiel de l'ACP qui nécessite accord et engagement du patient. La revue systématique de Griffin [13] a montré que les interventions sur l'interaction médecin-patient les plus efficaces pour améliorer des critères cliniques et de qualité de vie visaient la participation active du patient (*patient activation*) au même titre que délivrer des informations et porter attention aux émotions. L'important est de trouver ce terrain d'entente, cette compréhension commune pour enclencher une dynamique de concordance et d'adhésion thérapeutique plus que d'observance [8].

Une revue systématique suggère que la décision partagée améliore la satisfaction des patients, l'adhésion au traitement et la qualité de vie. Elle favorise un renforcement de la relation, elle diminue les conflits décisionnels, la détresse psychique et la douleur chez les patients étiquetés fibromyalgiques [14].

Trouver un terrain commun entre médecin et patient consiste à avoir une compréhension commune de la situation-problème-santé-maladie, à rechercher des solutions partagées, à s'entendre sur les rôles de chacun et les buts à atteindre, pour mieux décider ensemble, dans un cadre délibératif qui tient compte de l'expertise scientifique du médecin et de l'expertise liée à l'expérience vécue du patient.

Mettre en valeur la relation et l'alliance thérapeutique

Établir une relation et créer une alliance thérapeutique représentent le principal facteur curatif commun à toute pratique de soin. Par sa compétence relationnelle et communicationnelle, le médecin aide le patient à travailler sur Soi. Le cœur commun à toute psychothérapie comprend une relation fondée sur une écoute active, empathique, l'implication du médecin et une compréhension commune [15]. La communication et la relation sont réciproquement la source et le résultat de l'autre. On communique pour échanger et établir une relation. L'écoute active fait partie des stratégies de communication de base [8]. Pour écouter, savoir se taire en respectant le silence est une habileté importante du médecin qui encourage le patient si elle s'accompagne d'une attitude non verbale adéquate et d'un regard centré, ouvert et attentionné sur le patient. Poser des questions ouvertes permet de faire réfléchir, évite la suggestion et ouvre sur la perspective de l'autre.

L'objectif est de faire raconter cette perspective du patient sous la forme conversationnelle (médecine narrative, *narrative-based medecine*) [8]. La narration du patient va lier, par l'imaginaire, les événements vécus pour créer une histoire qui a du sens. Celle-ci va s'opposer à cette démolition du monde qu'est la situation-problème-santé-maladie et contribuer à reconstruire un nouveau monde. À travers la narration, le patient est capable de mettre en mots, de s'écouter parler, de se représenter le problème et de réfléchir à son expérience. La narration renforce l'engagement du patient dans « *l'ici et le maintenant* ». Le médecin auditeur doit être capable d'entrer par l'imagination dans le monde du narrateur. Par son écoute, le médecin manifeste de l'intérêt, une curiosité d'une personne qui a besoin de comprendre le puzzle des bribes de vie de son patient qui semblent au départ ne pas avoir de sens. Encourager le patient à exprimer et raconter son histoire a un rôle thérapeutique en soi et contribue à l'alliance thérapeutique.

À la suite de cette écoute active et empathique de la perspective du patient dans une approche globale biopsychosociale en vue d'une compréhension commune de la situation-problème-maladie, les capacités à informer et conseiller du médecin ont toute leur place. Elles font partie des attentes des patients. L'information doit être loyale, claire, appropriée, compréhensible et validée par les données actuelles de la science.

L'ACP peut s'intégrer dans le concept de soins centrés sur la relation médecin-patient (*Relationship-Centred Care*) qui porte une attention toute particulière sur le partenariat médecin-patient, la décision partagée et un travail de conscience-connaissance de soi (*self awareness*) du côté patient comme du côté médecin, dans une approche constructiviste et interactionniste [16]. Selon l'interactionnisme symbolique, le système social est en constante construction par l'interaction entre les individus dans un échange de signification symbolique [8]. La « dramaturgie sociale » d'E. Goffman peut rendre compte du cadre dans lequel s'inscrit la relation médecin patient. Selon lui, la personne se compose un personnage qui va jouer un rôle et devra comprendre le rôle-personnage de l'autre. L'acteur social (le patient) propose une « façade » symbolique pour élaborer son personnage sur la scène sociale (la consultation). Par exemple, le patient diabétique sait qu'en tant que patient, il doit jouer son rôle « *faire son régime* » et que son médecin attend cela de lui. Le patient fait ou ne fait pas ce que lui recommande son médecin et joue le personnage « *Monsieur Observant* » ou « *Monsieur Non-Observant* ». En contrepoint, le médecin peut jouer le personnage « *Dr Régime… Y'a qu'à… Il faut que* » ou « *Dr Écoute, empathique des difficultés* ». À chaque instant, dans l'interaction, chacun se positionne par rapport à l'autre à la fois en tant que personne et aussi en tant que personnage-façade symbolique, en s'ajustant et réévaluant ses propres perspectives et attitudes par rapport à celles de l'autre. Réfléchir au rôle-personnage-façade symbolique que chacun joue dans l'interaction permet de repérer ce qui peut être facilitateur ou obstacle à la relation et au changement.

Vivre des expériences cognitivo-émotionnelles significatives dans une interaction symbolique relationnelle riche crée une situation d'apprentissage sur Soi efficace. Elles donnent un sentiment d'efficacité personnelle si elles sont positives et réussies. Les émotions positives favorisent l'attention, la création d'attentes positives et la stimulation de la vigilance. Mobiliser les émotions pousse le patient à l'engagement sur des tâches à accomplir. Quand elles sont négatives, laisser parler les émotions, les faire émerger, les mettre en scène permet de provoquer la catharsis et le soulagement émotionnel, favorable au processus de changement du modèle transthéorique. Ces habiletés relationnelles et communicationnelles ne sont pas en opposition avec des habiletés techniques biomédicales.

Dans le cadre thérapeutique de la relation, le médecin thérapeute joue un rôle de médiateur en prenant appui sur les conceptions de la personne au départ. L'objectif est de faire évoluer le cadre de référence et de sortir d'un système de pensée par un changement « méta », une « réflexion sur », « qui va au-delà » …, une compréhension du problème et de sa logique. Recadrer permet de modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, de changer le point de vue pour le faire correspondre au mieux à une nouvelle réalité vécue. Pour modifier ses conceptions, le patient doit en percevoir lui-même le sens et le volet plus fonctionnel pour atteindre un nouvel équilibre à travers une nouvelle conception. Pour éviter les blocages défensifs, ce recadrage doit s'accompagner d'un climat empathique et aborder les avantages et les inconvénients, les acquis positifs et les difficultés.

Dans ce cadre d'approche relationnelle, le « médecin comme personne » apprend à mieux se connaître en explorant sa propre perspective « VRAIE » sur le patient dans le cadre de sa compétence de professionnalisme. La réflexivité implique la prise en compte par le professionnel à la fois de données objectives qu'il faudra raisonner sur le plan

clinique et de sa propre expérience subjective qui résonne affectivement en lui [17]. La résonance exprime l'idée que chaque professionnel sait reconnaître en lui ce qui, dans son expérience personnelle, lui permet de s'identifier ou non à la situation du patient (transfert/contre-transfert) et de partager une compréhension commune, sans s'identifier complètement au patient lui-même. Cette distance nécessaire contribue pour le professionnel à prendre soin de lui-même. Il sait aussi rester réaliste sur sa gestion du temps, qui manque le plus souvent, et qui peut se compenser dans la continuité des soins favorable à la relation de soin.

Mettre en valeur et développer une relation thérapeutique est au cœur de l'approche centrée sur le patient. Elle est favorisée par une communication d'écoute active de la perspective du patient dans une approche globale biopsychosociale. Favoriser une conversation narrative sur toute situation-problème-santé maladie contribue à lui donner du sens et à co-construire des solutions. Vivre cette expérience cognitivo-émotionnelle fait réfléchir sur soi et ses perspectives, donne confiance, renforce le sentiment d'efficacité personnelle, motive à agir pour se soigner. Le « médecin comme personne professionnelle » articule raisonnement clinique, résonance affective, réflexivité et réalisme dans la gestion de sa pratique tout en prenant soin de lui-même.

Quelles sont les données actuelles de la science sur l'approche centrée sur le patient ?

Une recherche documentaire dans PubMed utilisant le mot-clé « *patient-centered care* » recueille plus de 19 000 citations d'articles indexés.

Les preuves ne sont pas toujours très probantes. Ceci est souvent dû à un manque de puissance des études et à la difficulté d'adopter une méthodologie d'essai clinique randomisé rigoureuse face à la complexité du modèle ACP et ses multiples critères de jugement. La revue Cochrane de Dwamena [18] (2012), qui fait référence, concluait à l'existence de preuves limitées et contradictoires sur les effets des interventions promouvant l'ACP sur les comportements de soin des patients ou sur leur état de santé. La satisfaction semblait augmentée grâce à l'ACP.

L'efficacité thérapeutique des capacités relationnelles et communicationnelles de l'ACP est mesurée sur des critères qualitatifs ou cliniques le plus souvent intermédiaires, plus rarement de morbidité et jamais de mortalité. Dans la prise en charge du cancer, une méta-analyse a montré que la satisfaction des patients accompagnait le plus souvent des comportements affectifs adaptés des professionnels (réassurance, empathie, réconfort…) associés à des comportements facilitant la participation du patient à ses soins (*empowerment*) et les compétences instrumentales biomédicales des professionnels [19]. Une étude transversale a corrélé positivement le taux d'HbA1c et LDL-cholestérol avec le degré d'empathie des médecins généralistes évalué par un score avec une échelle validée (*Jefferson Scale of Empathy*) [20].

Approche centrée sur le patient et interprofessionnalité

L'ACP peut aussi se partager dans une dynamique collaborative interprofessionnelle centrée sur le patient. Aux États-Unis, un nouveau modèle, *Patient-Centered Medical Home* (PCMH), est en train d'émerger. Il comprend des soins tout-venant, centrés patient, dans le cadre d'une prise en charge en équipe multidisciplinaire de soins premiers ou secondaires, médicaux et paramédicaux, soins coordonnés, communautaires et accessibles, avec des moyens de communication électronique interconnectés et des objectifs de qualité et sécurité. On retrouve cette dynamique dans les expérimentations des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels. Dans une revue de littérature (Jackson, 2013) [21], dix-neuf études (neuf essais cliniques randomisés et dix cohortes observationnelles) montrent un effet positif modeste sur l'expérience vécue des patients, une amélioration faible à modérée du travail en équipe, un effet positif faible à modéré sur la délivrance de soins préventifs, une réduction de recours aux urgences (RR 0,81 ; IC95 % : [0,67 ; 0,98]) mais pas aux hospitalisations (RR 0,96 ; IC 95 % : [0,84 ; 1,1]). On retrouve très peu d'études évaluant l'impact de la PCMH sur des critères cliniques.

Conclusion

L'approche centrée sur le patient (ACP) peut être considérée comme une démarche clinique relationnelle ayant comme objectif de mettre deux experts (médecin expert de la maladie et patient expert de l'expérience vécue de la maladie) en alliance thérapeutique (figure 6.3). La perspective biopsychosociale du médecin interagit avec la narration de la perspective expérientielle « VRAIE » du patient. L'objectif est de trouver un terrain commun pour mieux partager les décisions dans le cadre d'une relation thérapeutique. Cette démarche clinique est également une méthode clinique qui permet au médecin d'assurer en pratique médicale courante son rôle de thérapeute et sa fonction soignante dans toutes ses dimensions : le soin qui guérit la maladie (*curing*), qui porte attention à sa santé (*caring*) ou qui apaise (*healing*). Elle donne du sens non seulement à sa position centrale dans la marguerite des compétences du référentiel métier de la médecine générale et aussi à la compétence de professionnalisme. En effet, la plupart des compétences s'intègrent dans cette démarche clinique relationnelle. Étant donné son importance en pratique, elle constitue un vaste terrain de recherche clinique en soins premiers dans lequel les médecins généralistes s'impliquent.

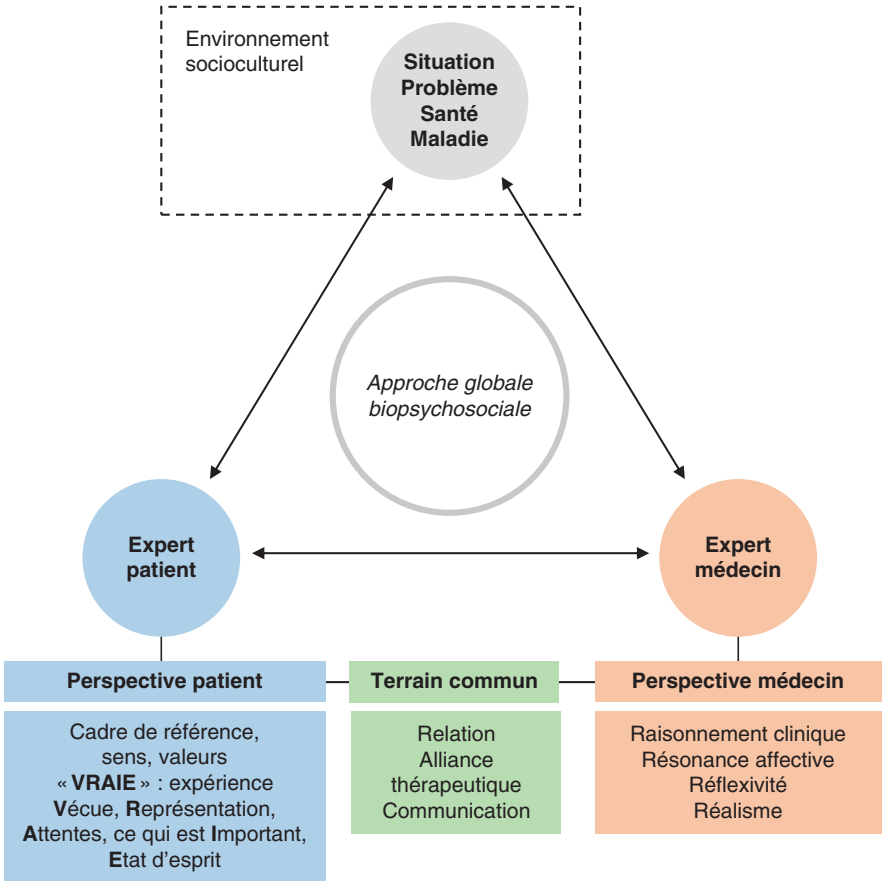


Fig. 6.3 La démarche clinique relationnelle ACP (modèle de Stewart). *(Adapté de : Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Third edition. Oxon: Radcliff medical press; 2014.)*

Références

[1] Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. 3rd edition. Oxon: Radcliff medical press; 2014. p. 426.

[2] Moreau A, Gilles de la Londe J, Ferrat E, Vallot S, Vincent R, Aubin-Auger I. L'approche centrée patient. À propos d'une situation clinique en médecine générale. exercer 2019;147:167–74.

[3] Santiago Delfosse M. Fonction psychologique des « théories subjectives » de la maladie. In: Éducation thérapeutique. Prévention et maladie chroniques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007. p. 269.

[4] Bruchon-Schweitzer. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod 2002;440.

[5] Myers S, Phillips R, Davis R, et al. Patient expectations as predictors of outcome in patients with acute low back pain. J Gen Intern Med 2007;23(2):148–53.

[6] Peiris N, Blasini M, Wright T, Colloca L. The placebo phenomenon: A narrow focus on psychological models. Perspect Biol Med 2018;3(61):388–400.

[7] Zion S, Crum A, Matter Mindsets. A new framework for harnessing the placebo effect in modern medicine. Int Rev Neurobiol 2018;138:137–60.

[8] Moreau A, Kellou N, Supper I, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. exercer. 110; 2013. p. 268–77.

[9] Dill D, Gumpert P. What is the heart of health care? Advocating for and defining the clinical relationship in patient-centered care. J Particip Med 2012;4:e10.

[10] Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec le patient. EBM J 2003;34:5–8.

[11] Moreau A, Carol L, Dedianne MC, et al. What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study by focus group interviews. Patient Educ Couns 2012;87:206–11.

[12] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter:revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999;49:651–61.

[13] Griffin S, Kinmonth AL, Veltman M, et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. Ann Fam Med 2004;2(6):595–608.

[14] Vallot S, Yana J, Moscova L, et al. La décision médicale partagée : quelle efficacité sur les résultats de santé? Une revue systématique de la littérature. exercer 2018;149:25–39.

[15] Cape J, Barker C, Buszewic M, et al. General practitioner psychological management of common emotional problems (1): definitions and literature review. Br J Gen Pr 2000;50:313–8.

[16] Suchman A. A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating. J Gen Intern Med 2006;21:S40–4.

[17] Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity: a strategy for a patient-centred approach in general practice. Fam Pr 2000;17(5):430–4.

[18] Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. The Cochrane Library: Cochrane Database Syst; 2012.

[19] Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. Patient Educ Couns 2009;77(3):379–83.
[20] Hojat M, Louis D, Markham F, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med 2011;86(3):359–64.
[21] Jackson G, Powers B, Chatterjee R, Bettger J, et al. The patient-centered medical home. A systematic review Ann Intern Med 2013;158:169–78.

Communication en santé

Julie Gilles de La Londe, Rosalie Rousseau

PLAN DU CHAPITRE

Fonctions de la communication en santé 47
Types d'écoute 47
Importance de la communication non verbale 49
Structure et fonctions de l'entrevue médicale. 50
Trouver la juste posture 51
Conclusion. 54

Les professionnels de santé utilisent un savoir technique et clinique et des habiletés communicationnelles et relationnelles pour faire face à la complexité et à la diversité des tâches qui leur incombent. La communication professionnelle en santé est une compétence clinique à part entière qui s'apprend et se pratique. Les transformations de la société et du système de santé impliquent que cette communication ne peut plus être considérée comme périphérique par rapport à l'exercice de la médecine. Elle fait l'objet d'une formation rigoureuse, au même titre que les sciences fondamentales et cliniques.

Fonctions de la communication en santé

Les raisons de devenir un professionnel de la communication compétent dans l'exercice de son métier de médecin sont nombreuses. Être un bon communicant n'est pas un « bonus », c'est une nécessité inhérente à la fonction soignante. Les aspects communicationnels et relationnels constituent une dimension essentielle des activités cliniques quotidiennes du médecin généraliste.

La qualité de l'interaction entre un patient et un professionnel impacte directement la façon dont le patient peut se sentir confiant, entendu et soutenu, ce qui a des répercussions directes sur les soins prodigués. Une communication efficace permet de recueillir les données pertinentes pour poser un diagnostic, d'améliorer la satisfaction du patient, son adhésion aux soins, sa façon de mémoriser l'information et sa compréhension. Elle permet de renseigner et de conseiller les patients et leur famille sur la maladie, de discuter des habitudes de vie et des traitements possibles, de construire une relation qui soigne, d'accompagner un patient dans un moment de souffrance ou d'anxiété. Elle est essentielle à la qualité des soins et en est indissociable. La littérature suggère de plus en plus que la qualité de l'interaction peut aussi affecter puissamment les *medical outcomes* via des mécanismes qui ne sont pas encore complètement élucidés, différents de l'adhésion [1].

Types d'écoute

Écoute empathique

Il s'agit d'écouter et d'entendre la demande du patient, de l'anticiper, de l'explorer dans toutes ses dimensions et de la reformuler pour assurer au patient disponibilité et bienveillance à son égard.

Selon Carl Rogers, l'écoute empathique et le reflet empathique représentent la « *capacité à comprendre une situation non pas depuis notre propre cadre de référence, mais depuis celui de notre patient* » [2]. C'est une écoute active, vivante, avec des allers-retours, des accusés de réception des messages transmis par le patient et compris par le médecin. Rogers parle de la relation d'aide comme d'un « *soin relationnel* » et de « *la capacité que peut avoir un soignant à amener un patient qui exprime une difficulté à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation* ». Pour créer une relation d'aide, Rogers décrit trois attitudes fondamentales : l'empathie, la congruence (« *il s'agit d'une cohérence entre ce qu'on ressent, ce qu'on pense et comment on agit, une correspondance exacte entre l'expérience et la prise de conscience* ») et la considération inconditionnelle positive (« *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit* »). L'objectif de l'écoute active est de créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de sa santé. Cette écoute empathique nécessite de mobiliser des habiletés communicationnelles.

Pour débuter l'entrevue, le médecin généraliste pose des questions ouvertes, d'ordre général (« *Qu'est-ce qui vous amène ?* »), puis laisse le temps au patient de s'exprimer, sans l'interrompre (le médecin interrompt trop vite le patient [3]), l'écoute (en accordant la posture, le regard, les expressions du visage), en l'invitant à poursuivre, et utilise des facilitateurs qui invitent le patient à poursuivre son récit et l'expression de sa demande (par des interjections « *Hum, hum…* », un ou deux mots : « *d'accord* », « *et ensuite* », un écho : répéter un mot, une fin de phrase). Afin de préciser les symptômes, le médecin alterne les questions ouvertes et fermées (comme dans un entonnoir) avec des questions

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

claires et directes (« *Sur une échelle de 0 à 10, quel chiffre correspond le mieux à votre douleur ?* »), en se ciblant sur un sujet à la fois (« *Est ce que vous toussez ?* »), en s'insérant dans un processus, c'est-à-dire que le médecin qui pose la question tient compte des propos précédents de l'interlocuteur (si le patient vient de dire qu'il a vu du sang dans ses selles : « *Pouvez-vous me décrire ce que vous avez observé dans vos selles ?* »).

Intégrer les principes de base de l'écoute empathique/active

- Différencier les plaintes, demandes et attentes.
- Identifier des besoins sous-jacents ou contradictoires.
- Repérer les croyances, craintes et représentations.
- Négocier des objectifs de soins opérationnels.
- Identifier les ressources personnelles, environnementales, relationnelles du patient.
- Acquérir quelques techniques conversationnelles d'accompagnement du changement.

Prendre en compte la narration propre du patient

La narration de la personne qui consulte est précieuse. Le praticien tend l'oreille à la façon dont la personne raconte ce qui lui arrive. Le diagnostic se trouve souvent dans les propos du patient. Laisser un vrai temps de silence au patient pour pouvoir raconter l'histoire de sa plainte/sa demande présente plusieurs avantages. La demande apparaît d'elle-même avec un fil rouge qui est celui de la personne concernée ; ce qui permet non seulement de mieux comprendre de quoi il s'agit mais également de comprendre le fil rouge, les liens éventuels que la personne fait entre deux symptômes ou entre deux demandes. Par exemple : « *J'ai mal au ventre et je demande une contraception.* » — laisser la personne dérouler son fil va permettre de comprendre sans effort qu'il y a derrière ses deux demandes une inquiétude sur le fait d'être enceinte suite à un rapport non protégé.

Il est important de prendre conscience que les questions posées pour faire un diagnostic sont pertinentes : « *depuis quand ?* », « *combien de fois ?* », « *à quelle fréquence ?* », « *à quel moment est-ce arrivé ?* » Elles permettent de recueillir de l'information, d'avancer la procédure diagnostique et, en même temps, d'avoir conscience qu'elles peuvent complètement dénaturer la narration de la personne, lui faire perdre son fil avec la désagréable sensation de ne pas pouvoir dire ce qu'elle souhaite exposer et surtout de la façon dont elle souhaite le faire.

Autres types de discours

Plusieurs types de discours coexistent, en particulier ceux utilisés dans la sphère privée, dans les relations interpersonnelles. Il ne s'agit pas de les mettre au rebut mais de prendre conscience que ces interactions ne sont pas adaptées à la sphère professionnelle et peuvent entraver l'écoute active nécessaire aux patients. Voici quelques exemples :

- Discours autocentré, ramener à soi : « *Ah bah moi, je me suis mis au sport, il n'y a que ça de vrai !* »
- Discours moralisateur (sur l'IVG, les rapports sexuels à risque).
- Discours jugeant (sur le poids, l'alimentation, le tabac, l'alcool) même lorsque le jugement semble positif : « *Vous ne devriez pas vous laisser traiter de la sorte. Vous méritez mieux que ça !* »
- Discours culpabilisant : « *Si vous perdiez du poids, vous auriez moins mal au genou.* »
- Discours policier (trop de questions qui interrompent la narration du patient).
- Discours « *grand justicier* » (défense du patient sans connaître les faits, sortir de notre rôle de soignant).
- Discours banalisant, déniant, minimisant : « *Ce n'est pas si grave, regardez les choses du bon côté.* »
- Discours solutionniste : « *Vous devriez vous abonner à la salle de sport.* »
- Discours rassurant, consolant : « *Soyez rassuré(e), votre diabète n'est pas si déséquilibré.* »
- Discours dramatisant, utilisant la peur : « *Votre hypertension est déséquilibrée, elle peut vous faire faire un AVC, c'est grave !* »
- Discours interprétatif : « *Ne pensez-vous pas que la relation pathologique que vous avez instaurée avec votre employeur a à voir avec votre relation avec votre mère ?* »
- Discours d'évitement, détournant l'attention (ne pas parler de l'émotion que vous percevez sur le visage d'une jeune femme qui commence à avoir la voix qui tremble) : « *Écoutez, je vous propose qu'on se revoie la semaine prochaine. Mardi 10, ça irait ?* »
- Discours sympathisant ou compatissant : « *Je comprends tout à fait ce que vous ressentez. C'est très déstabilisant de découvrir qu'on est atteint d'une maladie chronique.* »
- Discours empathique envers un tiers absent : « *Votre mari disait l'autre jour que vous ne preniez pas soin de vous. Il a raison, depuis quand ne vous êtes-vous pas accordé une soirée pour vous ?* »
- Discours ironique ou utilisation de l'humour (à une femme qui allaite un bébé très gros : « *Vous pourriez faire une pub pour l'allaitement maternel à la télé !* »).
- Rester dans le silence sans aucune réaction.

Dans le cas où ces phrases seraient dites avec l'intention de bien faire, de prendre soin des personnes, certaines de ces façons de procéder peuvent être utiles en consultation. Cependant, toutes ne permettent pas réellement l'écoute.

Cela pose la question : quelle est mon intention avec cette personne ? De quoi a-t-elle besoin ? Être un professionnel de la communication c'est aussi disposer de tout un répertoire qu'on peut adapter en fonction de la situation clinique (urgent-grave/non urgent-bénin) et c'est aussi s'adapter en fonction des besoins de la personne. Que vient-elle chercher ici auprès de moi ? Cette personne a-t-elle besoin d'être entendue, vue, reconnue pour ce qu'elle vit de difficile ? A-t-elle besoin de clarté sur son diagnostic, de l'information sur sa maladie ?

Habiletés communicationnelles associées nécessaires

Les questions multiples sont à éviter : « *Est-ce que vous avez des maux de tête, des engourdissements ou des faiblesses ?* » ; les « *Pourquoi ?* » également, ils ont tendance à appeler à la justification de la personne qui répond. Les « *Comment ? Est-ce que… ?* » sont moins jugeants et invitent à la description

et l'explicitation. Éviter également les questions négatives « *Vous ne fumez pas ?* » qui risquent de fermer l'expression libre du patient [3].

D'autres habiletés communicationnelles peuvent être utiles au praticien.

- Énoncés de clarification : « *Qu'entendez-vous par… ?* », « *Pouvez-vous me donner un synonyme de… ?* ».
- Énoncés de vérification-synthèse : « *Si je comprends bien…* », « *Est-ce bien cela ?* ».

Ces habiletés sont décrites comme étant « *l'une des stratégies les plus puissantes pour une collecte de données précises* » [5]. Elles impliquent une reformulation de la part du praticien. Cette stratégie est très puissante. Elle permet pour le patient de confirmer que le médecin l'a écouté attentivement et de le rassurer sur le fait qu'il manifeste un intérêt pour comprendre le problème. Cette stratégie permet d'ajuster, de préciser, de corriger ce qu'a compris le médecin. Pour le médecin, cette stratégie permet de prendre un temps pour structurer sa pensée, organiser les données recueillies, en vérifier l'exactitude et la justesse et faciliter la transition d'une partie de l'entrevue à une autre (énoncés d'entretien ou énoncés de transition).

- Interruptions ou redirections : « *Veuillez m'excuser mais j'ai besoin qu'on revienne un instant sur la description des malaises que vous avez en ce moment, pour mieux comprendre ce qui se passe maintenant* ».
- Reflets sur les émotions : c'est le moment de la consultation où s'il y a une émotion sous-jacente ; il s'agit de la reconnaître, de la nommer et de la légitimer. Quand la personne arrive avec une émotion importante, elle est parasitée par ce qui est en train de la traverser et n'est pas disponible à la rencontre avec le praticien. La reconnaissance de cette émotion est une nécessité communicationnelle et permet également d'entrer en relation. Reconnaître l'émotion et la nommer montre à l'autre qu'on est déjà avec lui, qu'on l'écoute, qu'on l'observe et qu'on l'accueille comme il arrive, avec toutes les émotions qui le traversent.
- Boucles de rétroaction : elles sont utiles lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, de l'utilisation de termes plus complexes que d'autres, de la gestion d'une situation particulière, de la transmission de son inquiétude de clinicien. « *C'est comment pour vous quand je vous dis ça ?* », très utile par exemple dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle, vérifier où le patient en est à chaque étape, vérifier « *qu'on reste avec lui* ». Ces boucles de rétroaction évitent aussi l'utilisation du jargon médical : « *Je vois sur votre échographie que vous avez des kystes ovariens* », mais plutôt « *Comment vous vous sentez en entendant parler de kyste ?* »

Congruence et ressenti du soignant

L'accueil des émotions du patient nécessite :

- un cadre permettant au patient de se sentir en sécurité, et propice, qui autorise (un « *Ici les émotions sont bienvenues* » versus « *Oh non, ne pleurez pas pour ça !* ») ;
- l'accueil par le soignant, une des principales conditions. Suis-je prêt, moi soignant, à accueillir l'émotion chez l'autre, quelle qu'elle soit ? Et qu'est-ce que cela a comme effet chez moi ? Comment est-ce que je me sens devant la tristesse, le désarroi d'un patient ? Quelles sont mes réactions ? Est-ce que je peux rester serein à écouter et montrer de l'empathie, est-ce que cela vient me bouleverser ? Ai-je envie ou besoin de consoler, dire quelque chose pour adoucir, calmer, sauver ? ;
- des reflets de ce que vit le patient : « *Vous semblez très affecté par ce qui arrive à votre sœur* », « *Vous semblez en colère quand vous évoquez votre travail* ». Ces reflets permettent à la personne de prendre la mesure de ce qui est en train de se passer pour elle, de prendre conscience de l'émotion qui est en train de se vivre, pour en faire quelque chose, lui faire face et l'utiliser au service de la compréhension de la situation d'une part et de l'apaisement de l'état émotionnel d'autre part. Depuis notre plus tendre enfance, nous sommes bercés dans un monde qui a plutôt tendance à balayer l'émotion « *ne pleure pas* » devant des pleurs d'enfants, « *calme toi* » devant des colères, « *n'aie pas peur* », etc. Quelles conséquences ont ces injonctions au balayage de ce qui nous traverse ? Comment ces conséquences s'invitent-elles en consultation ? Si la consultation n'est pas le lieu où peuvent s'exprimer les émotions qui ont besoin d'être posées, entendues, reçues, accueillies, quel est le lieu pour cela ? Cette relation d'aide spécifique à la médecine générale est développée dans le chapitre 8. Cette psychothérapie spécifique du médecin généraliste, dont certains doutent de l'existence, pose la question des effets de la relation thérapeutique et à quel point le médecin généraliste souhaite l'utiliser comment une compétence au service de la continuité des soins, la prévention.

Importance de la communication non verbale

L'attitude du visage

De nombreuses études associent la communication non verbale à des résultats probants sur les interactions cliniques [1]. La satisfaction des patients a été déterminée par des hochements de tête, des gestes, le regard, des réponses, des boucles de rétroaction et le sourire. Un faible contact visuel et un manque de sourire affectent négativement les patients âgés hospitalisés.

Le toucher

Le toucher dans le soin a plusieurs fonctions : il est un outil diagnostique et un moyen de communication. Cette communication non verbale impacte la relation thérapeutique. La façon de toucher peut nourrir ou bien dégrader le lien. Un toucher bienveillant, délicat et qui demande la permission permet d'instaurer la confiance, de guérir de blessures passées et de sécuriser la relation. Un toucher qui brusque, fait mal ou ne demande pas la permission peut réactiver une situation d'abus, raviver un traumatisme ou entamer la relation.

Le médecin touche toute la journée et ce toucher peut être vécu très différemment selon les protagonistes. Du côté du médecin, il peut être banalisé, évident, presque impensé. Il est souvent considéré comme normal, attendu car inhérent à la consultation. Cependant, il peut aussi être douloureux

ou gênant. De plus, le toucher médical a tendance à chercher l'endroit qui fait mal (par exemple, palpation abdominale) plutôt qu'à chercher à faire du bien. Même si l'intention n'est pas de nuire, il est important d'en avoir conscience. Verbaliser ce qui est en train de se passer est une forme d'empathie : « *Je suis désolée si ma palpation n'est pas agréable. J'ai besoin de comprendre là où vous avez mal pour faire un diagnostic et pouvoir vous soulager ensuite.* »

L'importance du toucher bienveillant se pose d'autant plus lorsque la zone examinée est intime. Toucher un sexe peut paraître banal pour un médecin, d'autant plus que ce geste est répété régulièrement. Du point de vue de la personne touchée, ce toucher est unique. Il peut être le premier depuis longtemps, depuis un traumatisme physique. Toucher un sexe sans demander la permission ou sans prévenir peut réactiver une situation d'abus sexuel. Le toucher intime nécessite de ne faire que ce qui est nécessaire et de pouvoir l'expliciter. Pour éviter toute reviviscence de traumatisme, il nécessite la présence de celui qui touche avec une intention claire et annoncée, et le consentement de celui qui est touché. Il nécessite de prendre le temps et de donner l'autorisation à l'autre de poser la limite en disant « stop ». Une façon d'introduire l'examen peut être : « *Si vous êtes d'accord, je vais vous examiner au niveau du sexe le plus délicatement possible. Vous pouvez me dire si c'est inconfortable ou me dire stop à tout moment.* »

Prendre soin de la façon de toucher une personne est une façon de communiquer avec elle, de construire et nourrir la relation.

Structure et fonctions de l'entrevue médicale

Lors de l'accueil d'un patient dans la salle d'attente, nombre de médecins se font déjà une idée du contenu de la consultation — « *Elle a l'air en colère, son boulot sans doute ?* », « *Il a l'air douloureux au niveau des lombaires, encore un lumbago ?* », « *Ce bébé a l'air bien trop calme, est-il déshydraté ?* » Même si ces exemples témoignent en partie du sens clinique, le risque est de cibler « ce qui nous arrange » au risque de passer à côté de « ce qui ne nous arrange pas » tant en termes diagnostiques que relationnels — « *C'est long, ça prend du temps, je suis déjà en retard* ». Nombre de pensées parasites peuvent entraver la communication pendant la consultation et empêcher d'entrer en relation avec l'autre.

La grille de Calgary-Cambridge conçue par Kurtz et al. permet de créer le cadre de la consultation (figure 7.1). Elle propose des tâches séquentielles qui décrivent l'ordre dans lequel les différentes actions devraient être mises en œuvre (accueillir, recueillir les motifs…), et des tâches transversales que sont la construction de la relation et la structuration de l'entrevue.

Cette grille présente l'intérêt d'expliciter les processus de communication au cœur de l'entretien. Elle peut être utilisée par le praticien dans un but d'autoformation afin de développer une approche réflexive quant à ses compétences communicationnelles et relationnelles mises en jeu avec un patient. Le praticien peut l'utiliser pour se former en s'autoévaluant sur les différentes tâches et prendre conscience des habiletés qu'il utilise déjà et de celles qui lui restent à acquérir.

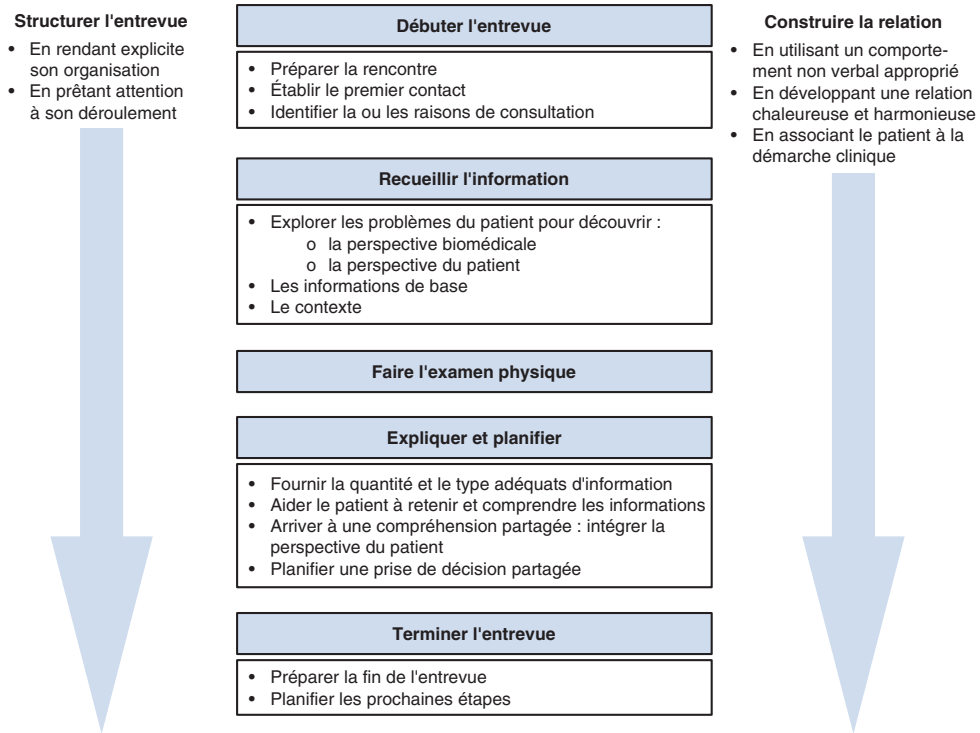


Fig. 7.1 Grille de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale. *(Adapté de : Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content end process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Academic Medicine 2003;78(8):802–8.)*

Cette grille peut être utilisée dans différents contextes de soins : visite à domicile, entretien médical au cabinet, mais également en service hospitalier ou en services d'urgences.

Recueillir l'information

Il s'agit de donner la parole au patient sans la lui reprendre. Le réflexe du praticien est d'être d'emblée dans une écoute type enquêteur : « *Depuis quand ?* », « *À quel endroit ?* », alors que ces premières phrases de présentation permettent de poser le contexte de la consultation. Il ne s'agit pas d'entrer d'emblée dans une anamnèse détaillée.

Le médecin interrompt trop vite le patient. À la question « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* », le médecin laisse en moyenne 23 secondes au patient pour répondre [3] au risque que le patient ne soit pas exhaustif sur ses motifs de consultation, en oublie et se les rappelle tardivement, ce qui rend difficile l'agenda de consultation.

S'accorder sur un agenda de consultation

Faire un agenda de consultation c'est se mettre d'accord sur les questions qui peuvent être abordées pendant la consultation et leur ordre de priorité. Chacun aura ses priorités.

Dans l'exemple d'une consultation de suivi de patient diabétique, le patient pourrait souhaiter son renouvellement de traitement ainsi que plusieurs petites choses qu'il a noté sur une liste afin de ne pas importuner le médecin plus tard : « *Médicaments, revoir la dernière prise de sang, bas de contention, lettre pour l'ophtalmo…* » Ces éléments évoquant parfois une « liste de course » du point de vue du médecin, sont perçus par les patients comme une façon d'optimiser la consultation, d'éviter les oublis et de se rassurer. Pour la même consultation, avant que le patient n'entre dans le bureau, le médecin peut avoir des priorités bien différentes : regarder le carnet de glycémies, s'assurer que le patient tolère bien les médicaments, qu'il prend les médicaments prescrits, qu'il a fait sa prise de sang et son examen d'urines, qu'il a pris son rendez-vous chez le cardiologue, qu'il faut faire la recherche de neuropathie aujourd'hui, que le moral est bon… Il est donc indispensable de s'accorder sur les priorités de chacun et d'établir un ordre de priorité — chacun donnant son accord.

Autre exemple : une patiente consulte pour demande de contraception, certificat de non-contre-indication pour le sport et faire le point au niveau gynécologique avec un frottis cervico-utérin. Il s'agit d'expliquer que l'instauration de la contraception nécessite de prendre du temps et qu'il est préférable que l'examen gynécologique et le frottis aient lieu une prochaine fois lors d'une consultation dédiée. Dans ce cas précis, l'agenda est fondamental. Il permet de lister les motifs ensemble, signifier qu'on a entendu les demandes et prévoir une consultation dédiée sur un motif important qui est la prescription de contraception. Si les motifs traités le jour même et ceux reportés dès le départ ne sont pas discutés en amont, des malentendus et des frustrations sont possibles pour chacune des parties et altérer ainsi la relation.

L'agenda de consultation est un moyen permettant de limiter les motifs appelés « poignée de porte ». Le problème est souvent que ces motifs n'ont pas eu de place plus tôt dans la consultation, pas d'espace pour être posés. Le patient saisit le dernier instant pour le faire, provoquant parfois de l'agacement chez le médecin. Si cet espace est proposé par une question ouverte qui invite à aborder un motif moins dicible, il est très probable que le motif surgisse — si on donne le temps à la personne de le faire. Cela nécessite au début de la consultation un : « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* », puis des relances avec : « *Est-ce qu'il y avait autre chose ?* » Il s'agit de verbaliser ce que le médecin généraliste est en train de faire : « *Je préfère savoir toutes les choses pour lesquelles vous venez aujourd'hui afin qu'on puisse organiser la consultation et que je puisse savoir du temps dont je dispose* », ou encore : « *J'entends que vous venez pour cette toux qui dure depuis semaines. Nous allons y revenir dans un petit instant mais avant j'aimerais savoir s'il y avait autre chose ?* » Cet agenda permet une meilleure gestion du temps. Il est souvent connu des praticiens expérimentés et nécessite d'être transmis activement aux plus novices qui découvrent alors un réel outil pour organiser leur consultation et gérer mieux le temps.

Il impacte positivement la relation car c'est le deuxième indice après l'accueil qui permet au patient de se sentir accueilli dans ses besoins. Lui expliciter que certaines demandes devront faire l'objet d'une consultation ultérieure c'est délivrer le message qu'on souhaite lui accorder le temps nécessaire et ne rien bâcler. Cela contribue à instaurer de la confiance dans la relation et une forme de partenariat — « *Je suis pleinement avec vous, je vous écoute et je souhaite qu'on se donne le temps de faire les choses bien.* »

Trouver la juste posture

Ajuster la posture décisionnelle et la communication en fonction de la situation clinique

Trouver ce terrain d'entente avec le patient sur le problème et les solutions n'est pas chose aisée. S'accorder sur la décision dans le cas d'une douleur thoracique aiguë en lien avec un infarctus du myocarde ou bien dans le cas d'une maladie chronique stabilisée sans retentissement sur la vie quotidienne sont deux situations bien différentes. Richard et Lussier [6] proposent d'acquérir la maîtrise de nombreux styles de relations et d'apprendre à ajuster les styles de communication en fonction du contexte dans lequel les soins sont donnés.

Ainsi, dans le cas d'une situation aiguë et grave qui exige des soins immédiats, le médecin agit comme l'*expert en charge*, c'est-à-dire est amené à prendre une décision unilatéralement au nom du patient avec l'intention claire de le soigner. Les aspects psychosociaux et les croyances du patient sont peu ou pas prises en compte. Les aspects communicationnels se limitent généralement à des « *on s'occupe de vous* ».

Lorsque la situation clinique est plus subaiguë ou plus bénigne (par exemple, une infection aiguë sans critère de gravité, un traumatisme mineur), la posture décisionnelle et communicationnelle du médecin peut changer pour devenir un *expert-guide*. Le médecin offre au patient son opinion professionnelle en rapport avec le diagnostic, le conseille et lui suggère des traitements. Il y a alors la place pour la prise en compte des croyances et des préférences du patient qui peut alors collaborer aux soins.

La chronicité d'une pathologie permet au médecin une posture de *partenaire* car le patient, impacté dans sa vie quotidienne, acquiert des connaissances et des savoirs qui lui sont propres. Il développe la capacité à s'investir et à devenir acteur de sa santé. La décision médicale se partage alors entre deux protagonistes qui ont chacun des savoirs : le médecin, celui de la pathologie et de la littérature scientifique, et le patient celui de son expérience, de ses ressentis. Les aspects communicationnels incluant une écoute empathique et le dialogue permettent le partage des avis ainsi que la recherche de stratégies acceptables pour les deux parties.

Dans le cas d'une maladie bien contrôlée qui dure, le patient peut développer une autonomie dans sa prise en charge qui lui permet de poser des demandes éclairées au médecin. Ce dernier peut alors agir comme un *facilitateur des soins*, un motivateur. Les aspects communicationnels sont marqués par une écoute de la part du médecin qui évalue de façon attentive les solutions trouvées et les décisions prises par le patient lui-même.

Cette modulation de la posture médicale en fonction du contexte de soin milite en faveur de l'acquisition d'un répertoire relationnel et communicationnel par le médecin.

Adapter sa posture à son patient : exemple de l'adolescent

Ce paragraphe complète le chapitre 34 sur l'adolescent en mettant spécifiquement l'accent sur les aspects communicationnels. Souhaiter faire sortir un parent est fréquent. Le faire effectivement est peut-être déjà plus rare. Cette demande peut mettre mal à l'aise le médecin et les personnes en présence : le médecin car il ne sait pas comment formuler sa demande et peut avoir l'impression désagréable de mettre le parent dehors, le parent qui peut ne pas comprendre pourquoi cela est nécessaire, l'adolescent qui ne formule que très rarement cette demande (au mieux un « *Je m'en fous* » quand son avis est demandé) car il n'en voit pas l'intérêt. En fait, c'est le praticien qui a des questions plus intimes à poser à l'adolescent — dans l'élan de vouloir saisir sa venue pour évoquer quelques sujets importants : les consommations, le moral, les études, le climat familial à la maison, etc.). C'est le moment de la consultation où il peut sembler y avoir un éléphant au milieu de la pièce. Poser explicitement la demande et l'argumenter présente plusieurs avantages. D'une part diminuer la gêne de toutes les personnes en présence (la gêne est maximale quand le flou est là), arriver à effectivement faire sortir le parent si l'intention était présente et contribuer également à construire la relation car cet échange de rien du tout amène de la transparence et à nouveau le signe de : « *Tu m'importes, je souhaite avoir un moment privilégié avec toi.* » Comment poser les mots : « *J'aimerais profiter de ta présence en consultation pour avoir un moment privilégié avec toi. Je me sentirais plus à l'aise qu'on ne soit qu'à deux. Est-ce que ce serait OK pour toi ?* »

À noter la question « *Est-ce que tu préférerais qu'on soit tous les deux ?* » est une question dangereuse, l'adolescent risque de répondre qu'il s'en fiche ou pas, car ce serait avouer devant sa mère qu'il a des choses intimes à évoquer, matière à gêne de façon évidente. Le praticien peut alors, pour faire alliance avec le jeune, prendre la responsabilité de cette demande : « *Tu sais, moi je préfère voir les adolescents sans les parents. Je sens que je travaille mieux de cette façon-là. Qu'en dis-tu ?* » À ce moment-là, ce n'est plus le jeune qui porte la responsabilité de cette proposition mais bien le professionnel, ce qui paraît logique car c'est ce dernier qui sait là où il veut en venir. Cette prise de responsabilité du côté du professionnel contribue également à construire la relation ; c'est une façon de prendre soin du jeune.

L'assertivité : affirmer son point de vue tout en respectant son interlocuteur

L'assertivité se définit comme l'expression appropriée d'idées, de sentiments et de limites, tout en respectant les droits des autres, en maintenant un affect positif chez l'interlocuteur et en tenant compte des conséquences potentielles de cette expression sur ce dernier [7]. Appliquée à la profession médicale, l'assertivité devient la capacité d'exprimer ce que le professionnel croit devoir communiquer dans le cadre de son expertise clinique, sans nier les droits et l'expérience de ses patients [8]. Il s'agit d'être capable d'exprimer son point de vue professionnel sans adopter une posture dominante ou autoritaire ni une posture d'acceptation inconditionnelle du point de vue exprimé par le patient. Il s'agit d'être aussi dans une attitude authentique et ferme par rapport à ses idées et croyances en ayant une posture ouverte vis-à-vis du patient avec l'intention de prendre soin du lien et de se comprendre mutuellement. L'assertivité professionnelle est susceptible de prendre davantage de place dans les rôles d'expert en charge et d'expert-guide, centrés sur la connaissance médicale et son application, que dans les rôles de partenaire et facilitateur, centrés sur l'accompagnement du patient dans l'adaptation des traitements et l'évolution de sa maladie.

Apprendre à dire non à certaines demandes

Répondre « non » à la demande d'un patient peut parfois être délicat pour le médecin généraliste. Il peut craindre que ce « non » altère voire rompe une relation de confiance instaurée avec la personne. Il peut craindre une agressivité ou se sentir coupable de ne pas accéder à la demande. Il peut être en difficulté pour affirmer son refus par manque d'assurance ou se trouver dans l'incertitude face au « bien-fondé » de la demande. Il peut aussi être inconfortable au moment de cette demande car elle l'amène à formuler de nombreux jugements négatifs à l'égard du patient : « *Comment ose-t-il me demander une telle chose ? N'a-t-il aucun respect pour mon travail ?* », par exemple.

Apprendre à dire « non » est souvent présenté comme la mise en œuvre de stratégies de communication permettant au médecin d'affirmer son « non ». Cette façon de présenter les choses impliquerait que, d'une part, le refus à cette demande soit une évidence irrévocable et d'autre part que la difficulté repose uniquement sur le fait de savoir le dire, l'argumenter et l'imposer. Dans ce cas-là, le risque est que le « non » ne serve pas la relation. Il s'avère plus pertinent de chercher à comprendre ce qui se passe chez le patient pour qu'il formule sa demande de la sorte et de savoir ce qui se produit chez le médecin pour qu'il la reçoive avec tant d'inconfort. L'enjeu de la question du « non » devient alors l'exploration des aspects relationnels sous-tendant la demande,

associée à l'utilisation d'une communication compétente pour offrir un dialogue compréhensible qui rende compte de cette réflexion.

Pour autant, nourrir pleinement le besoin du patient en faisant fi de ses propres besoins — et mener le soignant à une forme d'épuisement, par la négation de soi — n'est pas plus satisfaisant que de nourrir entièrement les besoins du médecin sans prendre en compte les besoins du patient — forme de toute-puissance soignante. La question devient donc : **Comment accueillir le besoin exprimé par le patient derrière sa demande** *dans la mesure de* **la prise en compte de mes propres besoins ?**

Pour ce faire, Marshall Rosenberg [9], dans l'enseignement de la communication non violente, propose de considérer que :

- *derrière chaque demande d'une personne il y a un besoin qui cherche à être nourri* : besoin de sécurité, de réassurance, de clarification, de compréhension, de soin à soi-même, de repos, etc. ;
- *le professionnel possède aussi des besoins qui doivent être nourris* : besoin d'être en cohérence avec ses valeurs professionnelles, besoin de repos, besoin de trouver du sens à son travail, besoin de se sentir en relation avec la personne, besoin de liberté dans son choix d'exercice, etc. ;
- refuser une demande est différent de rejeter la personne ;
- *dire « non » à quelque chose, c'est toujours dire « oui » à une autre chose*. En disant « non » à la demande d'un patient, il se peut que je respecte mes valeurs professionnelles d'agir selon les recommandations de bonne pratique, que je prenne en compte mon besoin de cohérence, que je m'assure de la sécurité de mes prescriptions, etc. ;
- *une demande diffère d'une exigence,* selon la façon dont la personne réagit au refus. Si la réaction est une critique, une culpabilisation ou de la colère, alors cela signifie que c'est une exigence, c'est-à-dire que la personne refuse d'entendre un « non » à sa demande.

Une définition de ces différents termes est nécessaire (cf. encadré).

Demande : Action de faire savoir que l'on désire obtenir quelque chose ; fait de demander.
Par exemple : « *Docteur, je viens vous demander une IRM pour mon genou qui me fait mal.* »
Exigence : Contrairement à la demande qui peut entendre un « non », l'exigence ne peut pas entendre un « non ». Le « non » entraîne automatiquement une accusation, un reproche, une critique, un mécontentement sans négociation possible.
Par exemple : le patient qui demande un certificat lambda et qui éclate de colère suite à un refus ou une explication en disant qu'il trouvera un autre médecin. Sa demande de certificat était en fait une exigence.
Besoins : Ils recouvrent l'ensemble de tout ce qui paraît être nécessaire à une personne. Ils sont légitimes, universels, et ne sont ni bons ni mauvais.
Par exemple : J'ai besoin « *d'être soulagé·e* » (douleur), « *d'uriner* », de « *confiance pour parler de sujets intimes* », « *de me sentir en sécurité dans mon foyer* ».
Stratégie : Elle est un moyen concret de satisfaire un besoin. Il n'y a aucune connotation péjorative dans le mot stratégie dans cet emploi.
Par exemple : Si une femme a besoin de se sentir en sécurité [besoin] à domicile, plusieurs stratégies sont possibles : quitter son conjoint violent [stratégie 1], demander de l'aide auprès d'un professionnel [stratégie 2], se former aux arts martiaux [stratégie 4], porter plainte [stratégie 5], etc.
Sentiments : Ils recouvrent tout type de ressenti physique (sensation) ou psychique (émotion, sentiment).
Par exemple : « *j'ai mal* », « *j'ai faim* », « *je suis en colère* », « *je suis triste* », etc.

Suite à l'expression d'une demande jugée inappropriée d'un patient, comment procéder ?

Étape 1 – Identifier les ressentis que cette demande procure en tant que soignant pour identifier le besoin que cette demande vient mettre à mal

Exemple : un patient frappe avec insistance à ma porte alors que je suis en consultation.
Je peux me sentir agacé car cela heurte mon besoin de calme, de concentration, de présence à ce que je suis en train de faire.
Je peux avoir peur car ça vient heurter ma sécurité physique (je suis seul au cabinet il est 21 h).
Je peux me sentir en colère quand mon besoin de cadre, de limites, de respect de mon espace personnel n'est pas respecté.
Je peux me sentir confus et déboussolé car je n'ai pas l'ordre et la discipline auxquelles j'aspire pour travailler dans de bonnes conditions.

Bien que tous ces besoins soient universels, le fait de savoir quel besoin est spécifiquement mis à mal dans une situation donnée est propre à chaque personne.

Étape 2 – Identifier le(s) besoin(s) non nourri(s) exprimé(s) par cette personne derrière sa demande et vérifier avec elle si c'est bien cela dont il s'agit

La structure serait :
Quand vous [observation], vous avez besoin de [besoin]. Est-ce que c'est ça ? [vérification].

Nommer un besoin, c'est déjà le reconnaître et l'accueillir ; comme ça peut l'être avec une émotion. Cela permet de montrer au patient que notre intention est de le *rejoindre*, plutôt que de vouloir avoir raison.

Le moment de la vérification est fondamental. Il permet de ne pas « plaquer » un besoin à la personne qui ne serait qu'une projection de notre part et non pas le sien. La vérification permet à l'autre de réajuster, préciser voire de se questionner sur quel est vraiment le besoin sous-jacent qui est souvent flou initialement.

Exemple 1 : « Quand vous appelez trois fois ma secrétaire entre 8 h et 9 h [observation], vous avez besoin *d'être rassuré* [besoin] suite à vos examens. Est-ce que c'est ça [vérification] ? »
Exemple 2 : « Quand vous frappez à ma porte pendant ma consultation, vous auriez besoin *de clarté* sur la façon dont je gère les urgences. Est-ce que c'est ça ? »
Exemple 3 : « Quand je vous dis que vous avez une rhinopharyngite et que vous demandez des antibiotiques, vous êtes

inquiet [sentiment] que cela dure trop longtemps car vous avez vraiment besoin *d'être efficace* au travail en ce moment. Est-ce que c'est ça ? »
Exemple 4 : « Quand vous me demandez une ordonnance pour votre mère qui vit au pays, vous avez besoin *de prendre soin* d'elle de là où vous êtes. Est-ce que c'est ça ? »
Exemple 5 : « Quand vous me demandez un renouvellement d'ordonnance pour vous à la fin de la consultation de votre enfant, est-ce un besoin *d'efficacité, de gain de temps* qui vous motive ? Ou bien est-ce un besoin *de réassurance* car vous avez peur de ce qui peut se passer si vous n'avez plus de médicaments pendant quelques jours ? »

Étape 3 – Dire « oui » au besoin du patient mais « non » à la stratégie

C'est rendre compte à la personne de la différence entre dire « non » à sa demande, qui est souvent une *stratégie* pour nourrir son *besoin*, tout en accueillant le besoin sous-jacent. Nommer le besoin c'est déjà le reconnaître et le légitimer.

Le professionnel peut ensuite co-construire une stratégie qui nourrisse les besoins des deux.

La structure serait :
« Quand j'entends votre demande [énoncer les faits, faire un reflet-miroir de la demande], je reconnais votre besoin de [nommer le besoin du patient]. » → *Je dis **oui** au besoin.*
« Et en même temps je me sens [nommer son ressenti de soignant si besoin] car votre stratégie [nommer la stratégie du patient] ne me permet pas de [nommer son besoin de soignant]. » → *Je dis **non** à la stratégie.*
« J'aimerais vous proposer de [proposition de stratégie]. Qu'en pensez-vous ? » → *J'invite à trouver une **nouvelle stratégie** qui réponde à nos besoins à tous les deux.*

Le « et en même temps » permet de rendre compte du fait que les besoins du patient et ceux du professionnel sont tous deux valables. L'un ne l'emporte pas sur l'autre. Il s'agit d'insérer de l'équivalence dans l'interaction. Laquelle permet d'être dans un dialogue horizontal et non une prise de position dominante qui soumettrait le patient à la décision du médecin et serait délétère pour la relation.

Exemple 1 : « J'entends complètement votre besoin *de soulagement de cette douleur* et je vais vous aider pour ça, et en même temps je ne suis pas d'accord que vous appeliez dix fois par heure ma secrétaire [stratégie]. Je propose de vous rappeler en fin de matinée pour vous donner une heure de RDV cette après-midi. Qu'en dites-vous ? »
Exemple 2 : « Vous avez besoin *de comprendre comment* je hiérarchise les consultations sans rendez-vous, et en même temps je ne suis pas d'accord que vous frappiez à ma porte pendant mes consultations. Cela m'empêche de *me concentrer et de me sentir pleinement présente à la personne* avec laquelle je suis. Est-ce que cela vous aiderait s'il y avait une affiche en salle d'attente pour expliciter la gestion des consultations urgentes ? »
Exemple 3 : « Vous avez besoin *d'être efficace au travail* en ce moment et vous pensez que les antibiotiques vont vous aider à ça. Et en même temps, moi j'ai besoin *d'être cohérente et juste dans mes choix de traitement*. Vous prescrire des antibiotiques pour cela ne me permet pas de sentir que je fais mon travail correctement. Puis-je vous donner de la clarté sur le faible intérêt des antibiotiques dans votre situation et leurs effets indésirables ? »
Exemple 4 : « Je comprends que vous soyez inquiet pour votre maman et que vous ayez besoin *de prendre soin d'elle* de là où vous êtes, et en même temps je ne suis pas d'accord pour faire une prescription à une personne que je ne connais pas. Cela ne me permet pas de faire mon métier dans de bonnes conditions et *d'assurer la sécurité de mes prescriptions*. Je suis touchée de votre confiance. Comment pourrais-je vous soutenir autrement ? »
Exemple 5 : « J'entends votre inquiétude de manquer de comprimés pour les trois prochains jours, et en même temps je me sens agacée que vous demandiez un renouvellement de cette façon car j'aurais besoin *qu'on prenne la mesure du temps et du soin que je prends pour discuter* de vos traitements et de votre maladie chronique. Je vous dépannerai d'une boîte d'ici votre consultation mais pourrions-nous convenir que vous preniez systématiquement rendez-vous pour vos prochains renouvellements ? »

Étape 4 – Vérifier qu'il s'agit bien d'une demande et non d'une exigence

Exigence ou demande ?

- Si le « non » ne peut pas être entendu ou entraîne un blâme ou une punition, alors c'est une **exigence**. La personne ne peut pas entendre un « non » : « *Si c'est ça, je vais voir un autre médecin* ! » Dans ce cas-là, il n'y a pas de possibilité d'aller plus loin si la personne reste sur sa position.
- Si le « non » peut être entendu et entraîne une demande d'ajustement, alors c'est bien une **demande** et on peut enchaîner sur la co-création de stratégies ensemble : « *D'accord Docteur, je comprends que ma demande vous pose problème. Mon intention n'était pas de vous mettre en difficulté et en même temps, j'ai vraiment besoin de […]. Comment pourriez-vous me soutenir pour […] ?* »

Conclusion

Le développement d'habiletés pour une communication professionnelle en santé efficace est indispensable au praticien médecin généraliste. Ces techniques, mises en œuvre avec altruisme et professionnalisme favorisent l'instauration d'une véritable relation d'aide dans le soin. Une communication adaptée centrée sur la personne permet le développement de son autonomie, la mise en valeur et le renforcement de ses ressources. La relation d'aide bien construite (cf. chapitre 8) permet l'acceptation par le patient des traitements, des soins ou des mesures nécessaires à sa santé. Établir une relation fondée sur la sincérité et l'empathie permettra de satisfaire, au bout du compte, les besoins de chacun.

Références

[1] Dossett ML, Hall JA, Kaptchuk TJ, Yeh GY. Improved health outcomes in integrative medicine visits may reflect differences in physician and patient behaviors compared to standard medical visits. Patient Educ Couns 2021;104(2):315–21.
[2] Le Rogers C. développement de la personne. Malakoff: Interéditions; 2005.

[3] Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281(3):283–7.
[4] Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. 2e édition. Montréal: ERPI; 2016.
[5] Cole SA, Bird J. The Medical Interview: the three function approach. 3rd ed. Philadelphie (Pennsylvanie): Elsevier; 2014.
[6] Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle : répertoire des relations médecins patients. Can Fam Physician 2008;54(8):1096–9.
[7] Pfafman T. Assertiveness. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. Encyclopedia of personality and individual differences. Berlin: Springer; 2017.
[8] Richard C, Lussier MT. Assertivité, professionnalisme et communication en santé – Première et deuxième parties 2019;156:369–74. exercer 2019;155:322–7 et.
[9] Rosenberg MB. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Introduction à la communication non violente. Paris: Éditions La découverte; 2016.

Psychothérapie de soutien, relation d'aide

Corinne Perdrix

PLAN DU CHAPITRE

Contexte 57
Bref historique des concepts 57
Les cinq niveaux de psychothérapies 58
Les six facteurs communs des psychothérapies 59
Psychothérapie du médecin généraliste 60
Conclusion 61

Contexte

En médecine générale, les problèmes de santé mentale, notamment les troubles anxieux et dépressifs, sont la deuxième raison de recours aux soins [1]. Les études rapportent que les troubles mentaux représentent des taux variables de 15 à 40 % de l'activité des médecins généralistes selon les méthodologies utilisées [2, 3]. Un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psychothérapeutique comme composante principale [4]. Quelques études montrent une implication des médecins dans la prise en charge de la souffrance psychique ou dans le retentissement des maladies chroniques ; cependant, les médecins généralistes rapportent un manque de formalisation de leur pratique.

Au-delà des problèmes de santé mentale, les patients rencontrés en médecine générale expriment le besoin d'aide, de soutien, pour traverser l'épreuve de la maladie ou mettre en place un comportement de santé adapté à leur situation.

Le concept de psychothérapie fait référence à « *l'ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique* » [5]. Les attitudes psychothérapeutiques mises en œuvre en médecine générale sont nommées « psychothérapies de soutien »

À chaque acte de soins, le médecin exerce une action psychologique, généralement implicite. En être conscient est nécessaire, comme de connaître les limites et le caractère de cette relation d'aide psychothérapeutique. Le développement des compétences communicationnelles et relationnelles (comme décrit dans le chapitre 7) est indispensable pour mettre en place cette compétence.

Velluet a défini la psychothérapie du médecin généraliste comme l'ensemble des moyens psychologiques et relationnels favorisant l'acceptation par le patient des traitements, des soins ou des mesures d'assistance qui lui sont nécessaires [6]. Lorsque des soins prolongés sont indispensables, la psychothérapie du médecin généraliste vise à encourager l'autonomie de la personne par sa propre gestion des soins. L'enjeu essentiel est la prise en compte et le soulagement de la souffrance psychologique qui accompagne toute maladie, en reconnaissant les situations qui révèlent un déséquilibre psychologique, voire un trouble psychique. La psychothérapie du médecin généraliste prépare, favorise ou soutient l'intervention d'autres professionnels (autres spécialistes, paramédicaux, psychothérapeute, travailleurs sociaux…) et s'appuie sur les liens privilégiés du médecin généraliste avec l'environnement familial et social du patient [6].

Bref historique des concepts

Balint et le remède médecin

Balint, psychanalyste, a le premier élaboré des concepts autour de la relation thérapeutique du médecin généraliste pouvant se prescrire comme un médicament (le « remède médecin ») avec sa pharmacologie propre, et le rôle central de l'écoute. Il a développé le concept de « maladie au stade inorganisé » : le patient offre des symptômes qui ne rentrent pas d'emblée dans un cadre biomédical. Le « diagnostic approfondi » dépasse le simple diagnostic biomédical et intègre le patient dans son contexte et son vécu. Il parle de la problématique de « confusion des langues » entre langage patient et langage médical scientifique, et de la « fonction apostolique » du médecin. La « compagnie d'investissement mutuel » entre le médecin et le patient permet d'accumuler un capital confiance et émotionnel au fil de la continuité des soins [7].

Rogers et la psychologie humaniste

Rogers a été à l'origine de la psychologie humaniste avec la relation d'aide et une approche centrée sur la personne dans une perspective phénoménologique prenant en compte l'expérience vécue par la personne [8].

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Selon Rogers, la relation d'aide s'adresse à des patients présentant des troubles de l'adaptation à une situation. Les situations de soins de la médecine générale font que le médecin généraliste est le premier recours de ces personnes. Que ce soit dans le cadre d'une souffrance psychique (identifiée ou non), du vécu d'événements de vie difficiles, ou de celui d'une maladie aiguë ou chronique, les patients rencontrés par le médecin dans son cabinet ont souvent du mal à s'adapter. La relation d'aide prend alors tout son sens.

Stewart et l'approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur le patient est une démarche clinique qui s'appuie sur les travaux initiaux de Balint et de Rogers. Son concept s'est affiné avec des auteurs canadiens et anglo-saxons comme Engel (avec son modèle biopsychosocial) et des médecins de famille canadiens, McWhinney et Stewart, qui ont initié le modèle « *patient-centered medecine* ». Cette démarche clinique contrebalance les limites et insuffisances de la démarche biomédicale centrée sur la maladie. Elle est développée dans le chapitre 6 de cet ouvrage.

Les cinq niveaux de psychothérapies

L'exercice de la psychothérapie met en jeu des aptitudes spontanées que chaque personne recèle plus ou moins en elle. Ces aptitudes sont développées par l'expérience de vie, le travail, l'exercice et nécessitent l'acquisition d'habiletés supplémentaires, d'attitudes psychothérapeutiques. Il existe ainsi différents degrés d'action psychothérapeutique en fonction du processus mis en œuvre (technique structurée de psychothérapie utilisée), du patient, du soignant, du cadre de la relation.

En 1999, Chambon et Marie-Cardine proposent une classification pragmatique des psychothérapies en cinq niveaux [9].

Niveau 1, ou aide psychologique de la vie courante

L'aide psychologique est un soutien apporté par les relations humaines. Il prend place en dehors d'un cadre thérapeutique. Il est exercé par des personnes qui ont spontanément des aptitudes marquées à aider les autres, sans nécessairement de formation, et exercent une fonction curative diffuse dans la société. Les exemples sont, entre autres, les guérisseurs ou le rebouteux, les hommes et les femmes de religion, et aussi les bénévoles intervenant dans les associations. Les dérives sectaires sont possibles dans certaines situations et ce point nécessite une vigilance.

Niveau 2, ou attitudes psychothérapiques ou « psychologie médicale »

Le niveau 2 est un processus relationnel dans le cadre d'un soin où la place des effets psychologiques n'est pas centrale, ni explicitée, le plus souvent implicite et latente. Le processus porte alors le plus souvent sur le corps. Ce corps humain, vivant, est animé d'un fonctionnement psychique qui s'exprime aussi à travers lui, que le professionnel de santé écoute et décode. Cette attitude psychothérapeutique est l'ombre portée de toute activité de soin, même si les protagonistes, soignants comme médecins, n'en sont pas toujours conscients.

Niveau 3, ou psychothérapies spécifiques ou systématisées

Le thérapeute utilise une technique enseignée par une école de psychothérapie spécifique. Elles sont classées selon les critères habituels d'auteurs et se fondent sur des références théoriques et des modes de communication prédéfinis. Le problème est celui du nombre de ces techniques (plus de quatre cents) et, de ce fait, du choix, des indications et de la formation nécessaire.

Niveau 4, ou psychothérapies intégratives et éclectiques

La multiplication des psychothérapies systématisées et la prise de conscience de la stérilité des luttes idéologiques opposant les différents courants ont conduit à des approches intégratives. Ces psychothérapies s'étayent sur des recherches révélant des facteurs communs (30 %) et des facteurs spécifiques (15 %) dans les effets des thérapies. L'alliance aidante est le principal indicateur de réussite d'une technique. Ces psychothérapies font preuve d'éclectisme. Elles associent différentes techniques en parallèle ou successivement. Ainsi, le thérapeute s'adapte au besoin du patient à un moment précis du soin. Ce n'est pas au patient de s'adapter à la technique utilisée, au détriment parfois de l'efficacité du soin.

Niveau 5, ou thérapies institutionnelles

Ce niveau est complexe et met en œuvre de multiples thérapeutes, processus ou techniques. Il concerne des situations de soins difficiles, impossibles à traiter en individuel, où un cadre supplémentaire comme l'hospitalisation est nécessaire.

Cette classification permet de positionner le médecin généraliste dans une démarche psychothérapeutique variable.

Il a de fait toute sa place dans le niveau 2, pour exercer une psychothérapie à chaque acte de soins, de façon explicite ou implicite, volontairement ou non. Une formation aux habiletés et attitudes nécessaires fait partie de la construction de ses compétences relationnelles.

Il est légitime pour lui de se former à des techniques et outils de thérapie systématisée (niveau 3) qui ont fait leurs preuves dans des situations de soins prévalentes en soins courants et de les utiliser, en particulier les techniques issues des thérapies cognitivo-comportementalistes. De nombreux ouvrages et formations professionnelles sont accessibles au médecin généraliste en fonction des besoins ressentis. Il est important également de connaître les indications validées de certains courants psychothérapeutiques pour orienter au mieux les patients qui le nécessitent.

Le niveau 4, avec une formation complémentaire, s'avère possible et intégrable au sein de la pratique ordinaire de certains médecins généralistes motivés.

La multiplicité des projets collaboratifs entre des cabinets de médecine et certains dispositifs de quartier et de village (foyer d'accueil médicalisé, lieux de vie, ESAT, EHPAD, maison de retraite…) peuvent mettre le médecin généraliste au cœur de prise en charge où les bases de psychothérapie institutionnelle se trouveraient utiles.

Les six facteurs communs des psychothérapies

Les effets d'une intervention psychothérapeutique ne dépendent pas seulement du problème ou du trouble clinique et de la méthode du traitement. Trois sources de succès thérapeutique sont délimitées : les caractéristiques du patient, celles du thérapeute et la relation qui s'est établie entre eux. En périphérie, se trouvent les facteurs spécifiques aux différents modèles : stratégies, techniques et théories sur le sujet.

En 1986, Lambert détermine quatre éléments permettant de prédire l'issue d'une psychothérapie (figure 8.1) [10] :

- les facteurs extrathérapeutiques qui relèvent du patient et de son environnement (dont l'évolution naturelle du problème vers la guérison) y contribueraient à 40 % ;
- les facteurs relationnels communs et non spécifiques, en particulier l'alliance thérapeutique à 30 % ;
- les attentes du patient pour la prise en soins à 15 % ;
- les facteurs techniques du modèle thérapeutique utilisé à 15 %.

Toutes les études menées sur les facteurs de changement auprès de personnes en psychothérapie concluent que l'impact des techniques spécifiques est minime (15 %) par rapport à d'autres facteurs, en particulier les facteurs communs de succès à toutes les psychothérapies (30 %).

Différentes études et recherches soulignent plusieurs points utiles en psychothérapie :

- maîtriser ces facteurs curatifs communs apparaît plus important pour le thérapeute que les techniques elles-mêmes ;
- les rémissions spontanées (c'est-à-dire les facteurs indépendants à la démarche thérapeutique) représentent 40 % des pourcentages d'amélioration et relativisent l'importance des facteurs spécifiques ;
- l'effet favorable pour le patient d'être placé sur une liste d'attente pour être pris en soin se situe à 15 %, c'est-à-dire au même niveau que la mise en œuvre d'une technique spécifique. Ce résultat, assimilé à un effet placebo, démontre que le fait d'attendre une demande positive de soins a déjà une action thérapeutique.

Franck en 1973 puis Young en 1992 et, en France, Chambon et Marie-Cardine [9] ont décrit six facteurs communs partagés par toutes les thérapies et responsables des évolutions du patient.

La qualité et la force de la relation thérapeutique

C'est le facteur le plus important qui permet l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire une relation positive, chaleureuse, porteuse de sens et créative entre les deux personnes.

Elle dépend des qualités personnelles du soignant, définies par Rogers : considération positive du patient, écoute bienveillante et réflexive, empathie. Ces qualités permettent à la personne de s'exprimer librement et se sentir elle-même, reconnue inconditionnellement.

Le thérapeute travaille sur lui-même pour comprendre et gérer les relations de transfert et contre-transfert — c'est-à-dire ses propres réactions émotionnelles.

Il utilise avec aisance et adaptabilité différents types de relation selon la personnalité du patient, les différents moments du soin ou les techniques utilisées (en particulier les postures directives et non directives).

Les méthodes qui accroissent la motivation du patient et ses attentes d'aide

Il s'agit d'induire des attentes positives et d'accroître la motivation (au changement), en travaillant sur les objectifs et les solutions au problème.

Les méthodes qui réduisent ou accroissent le niveau d'activation émotionnelle

Le soignant agit sur le niveau d'activation émotionnelle — soit pour accroître, soit pour diminuer le niveau émotionnel.

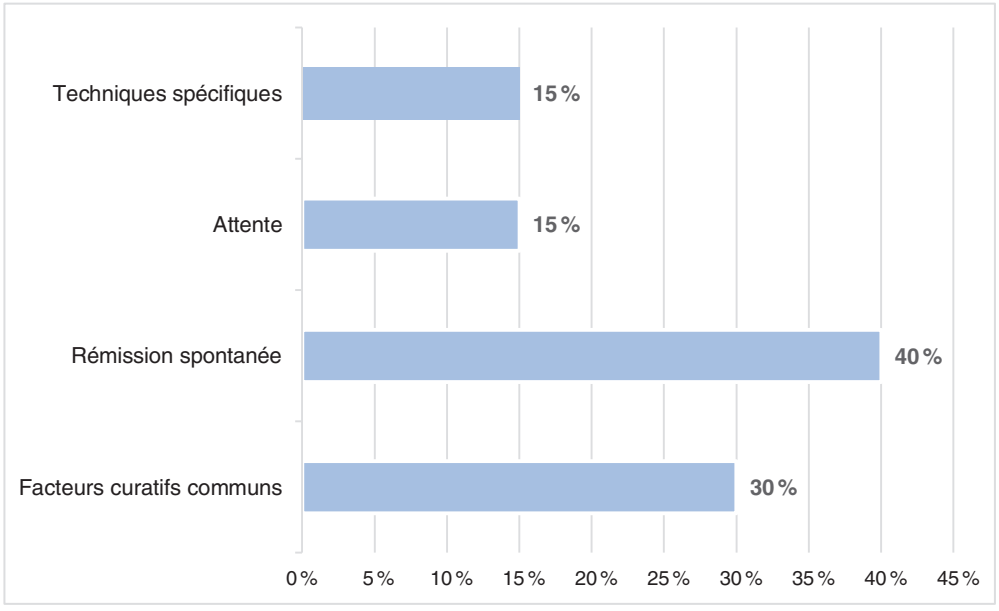


Fig. 8.1 Pourcentage d'amélioration des patients en psychothérapie en fonction des facteurs thérapeutiques. *(D'après : Lambert MJ. The Handbook of Psychology Integration. New York, NY: Basic Books; 1992.)*

L'augmentation du sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle

Accroître l'estime de soi permet de renarcissiser la personne.

Provoquer des changements de niveaux de perception ou de signification (recadrage)

Il s'agit de donner du sens au symptôme.

L'affrontement ou l'exposition à de nouvelles expériences d'apprentissage

Le soignant accompagne le changement comportemental en situation réelle en donnant au patient l'opportunité de pratiquer de nouveau comportement en sécurité.

Psychothérapie du médecin généraliste

Ces notions de facteurs communs et de niveaux de psychothérapie, le développement d'habilités communicationnelles et d'attitudes psychothérapeutiques comme définies par Rogers permettent au médecin généraliste d'offrir au patient une psychothérapie généralement efficace.

La mise en œuvre du processus relationnel par le médecin est une aide directe. L'objectif du processus pour le patient est la compréhension de lui-même et l'évolution vers la réadaptation dans le quotidien. Le patient acquiert un haut degré de conscience de sa situation et augmente sa confiance en soi et en sa capacité à vivre la situation et éventuellement la résoudre.

Pour atteindre cette compréhension, le médecin encourage la personne à centrer son approche sur le vécu et son aspect affectif, en prenant en compte uniquement la situation-problème actuelle. Il s'agit de ne pas dériver vers d'autres difficultés ou vers des considérations générales qui empêchent le patient de travailler le problème présent. Grâce à son implication personnelle dans le soin le patient peut « atteindre la maturité », c'est-à-dire gérer de façon plus organisée et consciente l'inadaptation ressentie.

Étapes du processus de la relation d'aide selon Rogers

- Le patient présente un problème, clairement identifié ou non, et vient chercher de l'aide de façon plus ou moins formelle.
- Définition du cadre par le soignant : il n'offre pas une réponse ou une solution, simplement un espace ou les problèmes peuvent être analysés en profondeur.
- Le patient est encouragé à exprimer librement ses sentiments en ce qui concerne le problème grâce aux questions ouvertes, au respect des silences, aux reflets et à l'écoute réflexive active.
- Le soignant clarifie la nature des sentiments négatifs et facilite l'expression des tendances positives à l'aide de reformulations, de valorisations.
- Il valide les sentiments du patient, pour avancer sur ce socle, grâce à la manifestation de son empathie.
- Il initie les actions positives du patient, par le renforcement positif.
- Il aide à amplifier les actions positives intégrées à la situation.
- Il fait décroître le besoin d'aide pour autonomiser le patient.

Attitudes de la relation d'aide

À l'écoute active de l'aidant répond une parole perceptive du patient. Entre ces deux mouvements, de centration pour l'aidant et de perception pour le patient, Rogers a défini trois conditions d'attitude portant sur l'aidant et facilitant l'expression et le travail d'introspection du patient.

Congruence

Le médecin apparaît « tel qu'il est », les rapports avec le patient sont authentiques, sans masque, et il exprime ouvertement les sentiments qui l'imprègnent dans « *l'ici et maintenant* » de la consultation. Le médecin pense tout ce qu'il dit, même s'il ne dit pas tout ce qu'il pense. Le patient se sent rassuré par l'authenticité du médecin. Le médecin peut disposer de ses sentiments et de ses émotions de façon libre, ils sont accessibles à sa conscience, identifiés, expliqués, et il peut ainsi les mettre à distance ou les utiliser au moment opportun. Le médecin attristé par l'histoire de vie du patient peut ainsi l'exprimer : « *Ce que vous dites là me touche beaucoup.* »

Considération positive du patient, dite aussi « inconditionnelle »

Il s'agit d'avoir une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce que vit le patient intérieurement, sans réserve ni jugement. Le patient se sent considéré, tel qu'il est, donc écouté et compris. Le médecin se soucie du patient dans sa totalité, sans condition, en mettant de côté son propre schéma cognitif et ses valeurs personnelles. Ainsi, il peut comprendre la nécessité d'un arrêt de travail pour *ce* patient, qui ne serait pas nécessaire pour un autre par exemple.

Empathie

L'empathie met en œuvre l'expression verbale et non verbale.

Il s'agit d'apprécier et d'accepter l'état émotionnel d'autrui, afin de mieux le comprendre. Pour comprendre le patient, le médecin essaie de mettre de côté son propre schéma de pensée vis-à-vis de la situation vécue par le patient. Cette compréhension est ensuite exprimée au patient : « *Je comprends que c'est difficile pour vous.* » Même lorsqu'il comprend, le médecin n'oublie pas qu'il n'est pas le patient et évite d'être envahi par l'histoire du patient.

Adopter une attitude empathique permet au patient de se sentir écouté, compris et aidé ; et permet au médecin par son attitude professionnelle de se protéger de la sympathie ou de l'antipathie en renforçant l'alliance avec le patient.

L'empathie ne peut rester à l'état de technique pure. Un minimum d'engagement et de conviction dans la souffrance de son patient est nécessaire pour que cette attitude prenne une fonction soignante.

Spécificités de la psychothérapie du médecin généraliste [11]

Le premier recours et le suivi au long cours par le médecin généraliste, médecin de famille, réunissent proximité et connaissance du patient permettant de l'accompagner dans son histoire de vie, et de l'aider à donner du sens à certains événements ou à leurs récurrences.

Médecine globale centrée sur le patient, la médecine générale offre soin et écoute du langage du corps, qui s'intriquent dans l'écoute du vécu et le soutien psychothérapique. Cette approche du corps, et de l'intime parfois, s'inscrit dans une relation de confiance. Un symptôme physique facilite l'entrée en contact avec le médecin, exprimant ensuite une demande d'aide globale.

Le temps est un atout spécifique à la prise en soins. La planification des différentes rencontres, la priorisation des interventions, la fréquence des consultations sont des outils puissants pour adapter la réponse à la situation du patient.

Proximité, relation de confiance et vision globale des problématiques du patient permettent au médecin généraliste d'être personne ressource pour un réseau de soins si cela est nécessaire.

Le cadre de la relation de soin est variable, plus ou moins conscientisé. À la différence de la psychothérapie des professionnels de la santé mentale, le cadre est souvent moins contraint, avec plus de liberté pour le patient qui consulte à son rythme. Le cadre de la médecine générale est parfois adapté par le médecin pour répondre à ses fonctions psychothérapiques — par exemple, durée des séances, planification des rendez-vous, contrat de soin spécifique, coût.

Limites de la psychothérapie du médecin généraliste

La plupart du temps la mise en place d'une psychothérapie modifie en souplesse le cadre thérapeutique. Dans certains cas des facteurs limitants apparaissent [11].

Limites liées aux comportements du patient

Perversité

La thérapie de soutien risque de renforcer le patient pervers dans son illusion qu'il est supérieur aux autres, dans sa légitimité à les accuser de ce qu'il commet (identification projective), voire dans son droit à les rabaisser ou à les faire souffrir.

Histrionisme sévère

Une psychothérapie de soutien a peu de chance d'aboutir dans cette situation car la recherche principale de la personne est le bénéfice secondaire, en particulier l'attention du soignant. Pour autant, un suivi à base de recueil de la plainte et de délivrance au patient de la « dose-médecin » est de nature à apaiser les angoisses et à éviter un trop grand recours aux hospitalisations ou aux examens complémentaires.

Patients sans demande d'aide explicite

Certaines personnes ne sont pas prêtes à parler de leurs souffrances psychologiques. Respecter leur refus, sentir leurs réticences, laisser mûrir et accompagner l'émergence de la demande sont nécessaires (cas particulier : les situations de maltraitance).

États délirants aigus

La psychothérapie de soutien n'a pas d'indication dans les phases aiguës des psychoses, les accès maniaques, les bouffées délirantes aiguës, pour lesquels une intervention spécialisée est requise. Le médecin généraliste a en revanche un rôle à jouer dans la prise en charge somatique et la construction au long cours d'une relation de confiance, dans le travail sur l'observance. Cette fonction est déterminante dans l'avenir de certains patients psychotiques (schizophrènes, par exemple), dans la gestion des comorbidités et du surrisque (prévention) de la maladie mentale sévère en elle-même, et dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Limites liées aux médecins

Trouble de la régulation émotionnelle

Proposer une psychothérapie de soutien nécessite d'être en capacité de contenir ou de vivre sereinement ses émotions, au risque d'entrer en sympathie totale avec le patient et de souffrir avec lui sans pouvoir prendre de la distance. À l'inverse, un médecin qui ne ressent pas ou plus d'émotions ne peut faire preuve d'une empathie suffisante pour assurer sa fonction thérapeutique.

Incapacité à fixer un cadre, déséquilibre entre vies professionnelle et personnelle

Le manque de distance ou de cadre peut être source d'épuisement émotionnel pour le médecin et se révèle contreproductif sur le plan thérapeutique. Par exemple, donner son numéro de portable aux patients ou ne pas maîtriser la durée des consultations entraînent un risque l'envahissement de la vie privée.

Médecin lui-même en difficulté psychologique

Il est souhaitable que le thérapeute ne soit pas dans en déséquilibre personnel. Le risque est de se trouver en difficulté devant un patient qui rencontre les mêmes problèmes que lui, ou devant des difficultés qui émotionnellement le touchent trop.

Conclusion

La psychothérapie de soutien et la relation d'aide s'inscrivent naturellement dans la pratique du médecin généraliste. Elles mettent en œuvre une écoute active et réflexive qui offre une réponse adaptée à une demande de proximité. Elle permet au patient de progresser dans la résolution de son problème, de traverser l'épreuve de la maladie en devenant plus autonome ou de mettre en place un comportement de santé plus adapté. La psychothérapie de soutien est un outil des soins de santé primaires accessible, facilement mobilisable, efficient et utile au patient. La connaissance des quelques facteurs limitants est nécessaire. Le développement des compétences émotionnelles du médecin est utile au cours de sa formation initiale et continue, pour qu'il soit à la fois engagé dans le soin et à l'aise dans le cadre thérapeutique.

Références

[1] Robiliard D. Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [En ligne]. Paris: Assemblée nationale ; 2013. Report n° 662. Disponible sur : www.assemblee-nationale.fr.

[2] Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. Inf Psychiatr 2014 ;90(5):323–9.

[3] Haute Autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – États des lieux, repères et outils pour une amélioration. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr.

[4] Kandel O. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Revue Prat Med Gen 2004 ;18(656):781–4.

[5] Guyotat J. Psychothérapies médicales. Tome 1. Aspects théoriques, techniques et de formation. Paris: Masson ; 1978. 226 p.

[6] Velluet L, Catu-Pinaut A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. exercer 2001 ;60:4–10.

[7] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Petite Bibliothèque Payot ; 1973. 422 p.

[8] Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. Paris: ESF ; 1996. p. 235.

[9] Chambon O, Marie-Caroline M. Les bases de la psychothérapie. 3e édition. Paris: Dunod ; 2019. 384 p.

[10] Lambert MJ. The Handbook of Psychology Integration. New York, NY: Basic Books ; 1992.

[11] Collège de la médecine générale. La psychothérapie en médecine générale. [En ligne]. Paris: CMG ; 2019. Disponible sur : https://lecmg.fr/.

Entretien motivationnel et interventions brèves

François Blœdé, Bérengère Duhoux

PLAN DU CHAPITRE

Entretien motivationnel 63
Historique 63
Styles relationnels 64
Ambivalence, réflexe correcteur, dissonance . . 64
Esprit de l'entretien motivationnel. 65
Outils de l'entretien motivationnel 66
Les processus. 68
Explorer les valeurs et les objectifs. 69
Le discours « maintien » et le discours « changement » 69
Efficacité de l'entretien motivationnel. 70
Avec qui et quand utiliser l'entretien motivationnel ? 70
Conclusion. 70
Repérage précoce et interventions brèves 71
Le RPIB (repérage précoce et interventions brèves) 71
Conseil minimal tabac et conseil d'arrêt 71

Entretien motivationnel

Historique

« L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement [1]. »

Cette approche d'intervention est née dans les années 1980 avec le psychologue américain William Miller, dans le cadre de la présentation et de l'explicitation de son travail avec des patients dépendants à l'alcool. Les succès du sevrage étaient souvent attribués au thérapeute alors que les échecs revenaient au patient considéré comme « résistant » et/ou manquant de motivation. Cette méthode clinique de communication s'est conceptualisée avec la collaboration d'un psychologue anglais, Stephen Rollnick, en 1991, dans un manuel centré sur les changements de comportements addictifs, révisé en 2002 avec l'extension à tous les changements de comportement, puis en 2012 en élargissant encore le champ d'application à l'ensemble des changements [1]. Ainsi, l'entretien motivationnel (EM) s'est diffusé dans le monde dans le domaine de la santé (addictologie, maladies chroniques, éducation thérapeutique, nutrition, santé mentale…) et également dans les secteurs social, éducatif et judiciaire.

Les fondements de l'EM reposent sur différentes théories [2] :

- **dissonance cognitive de Festinger** : tout comportement qui va à l'encontre des valeurs de la personne entraîne un inconfort, d'où l'intérêt de pointer les divergences avec délicatesse, car si l'inconfort est trop grand, le sujet adopte des stratégies visant à justifier ce comportement ;
- **thérapie humaniste de Carl Rogers** : l'approche centrée sur la personne diffère de l'approche centrée sur la maladie, ce qui suppose de faire confiance à la personne et de croire en son potentiel pour lui permettre de s'impliquer ;
- **modèle transthéorique de changement de J. Prochaska et C. Di Clemente** : le changement est un cheminement qu'il est important de respecter tout en le facilitant ; l'ambivalence est naturelle devant toute perspective de changement et est à la base de tout changement ;
- **sentiment d'efficacité personnelle d'A. Bandura** : la confiance en soi influe fortement la disposition au changement ;
- **théorie de la réactance de J. Brehm** : la pression mise sur un comportement le rend plus attractif, dans un contexte de sauvegarde de la liberté d'action.

En synthèse, l'EM est un style d'intervention centré sur la personne pour répondre au problème commun de l'ambivalence à propos du changement. Il repose sur les principes suivants (cf. encadré).

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Principes de l'entretien motivationnel

- S'appuyer sur les valeurs du patient, sur ce qui est important à ses yeux, comme support du changement.
- Faire confiance aux capacités du patient à changer et à adopter un comportement plus favorable à sa santé.
- Ne pas tenter d'imposer le changement.
- Valoriser et renforcer le patient dans ses réflexions ou ses démarches relatives au changement.
- Le changement est un cheminement qu'il est important de respecter tout en le facilitant.

Styles relationnels

Il existe trois styles de communication permettant de poser des questions, d'écouter et de partager de l'information : le « diriger », le « guider », le « suivre » (figure 9.1).

L'EM se situe entre le « diriger » et le « suivre » et consiste à *guider* pour amplifier la motivation intrinsèque au changement [1]. Il se caractérise par la pratique de questions ouvertes, d'une écoute empathique et réflective, et de la demande d'autorisation lors du partage d'information.

Ce n'est pas une recette magique, mais une méthode de communication clinique lorsqu'un changement est envisageable et qu'il est nécessaire de faire émerger tous les arguments en faveur de ce changement. En revanche, le style « diriger » est nécessaire dans les situations d'urgence quand il faut informer rapidement le patient pour prendre des décisions ; le style « suivre » l'est dans les situations où le patient a besoin d'une présence rassurante et attentive, comme dans les moments de deuil ou de très forte émotion. Il existe donc un continuum entre ces trois styles de communication, qui peuvent être adoptés au sein d'une même relation selon le moment de la relation.

Ainsi, dans le style directif, la place la plus grande est donnée à fournir de l'information, dans le style « suivre » à l'écoute, et dans le style « guider », il s'agit d'un équilibre subtil entre les questions ouvertes, l'écoute empathique et réflective et le partage d'informations après l'autorisation du patient.

Ambivalence, réflexe correcteur, dissonance

L'ambivalence

Être ambivalent, c'est vouloir, à la fois, changer et ne pas changer. C'est une expérience humaine normale. Beaucoup de patients sont parfaitement au courant des risques de leur comportement et des bénéfices qu'ils pourraient attendre d'en changer. Ils développent face aux soignants d'un côté le discours « maintien » (arguments du statu quo = résistance au changement) et de l'autre le discours « changement » (arguments pour changer).

Le réflexe correcteur

« Le réflexe correcteur est la tendance naturelle du soignant, motivé par des valeurs altruistes souvent à la base de son choix professionnel, de développer les arguments contre le maintien des comportements à risque pour la santé et ceux pour le changement [3]. »

La rencontre entre l'ambivalence du patient et le réflexe correcteur du soignant crée la dissonance [4] (figure 9.2).

La dissonance

La dissonance peut apparaître à tout moment, dès l'engagement de la consultation avec un patient en colère, qu'il vienne sous contrainte ou après une mauvaise expérience avec un soignant : pendant la focalisation, si elle est prématurée et centrée sur les objectifs du soignant plutôt que sur les « urgences » du patient ; pendant l'évocation, si le professionnel guide l'entretien dans une direction qui ne convient

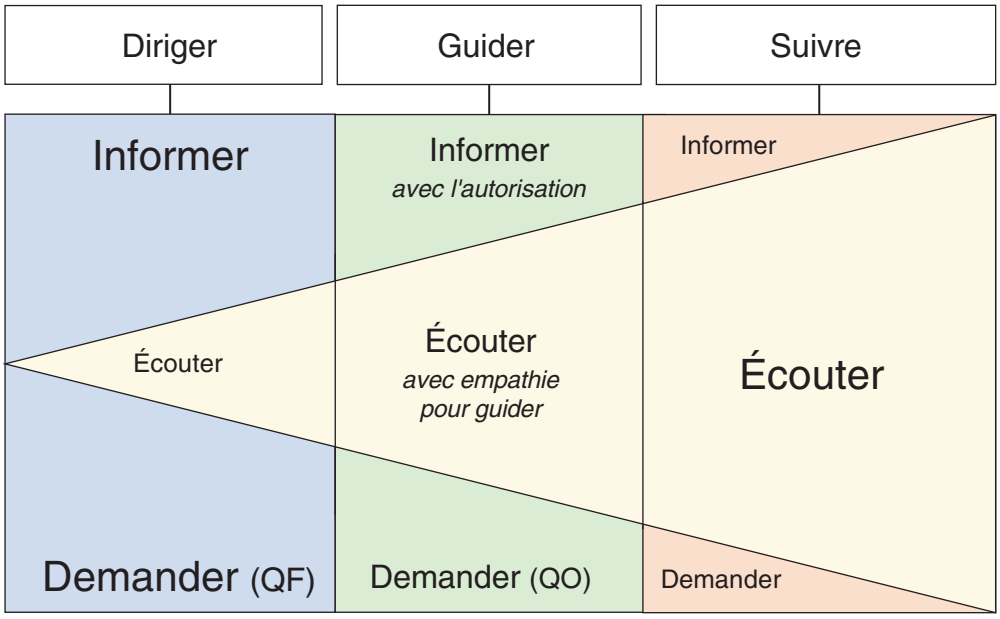


Fig. 9.1 Les styles relationnels. QF : questions fermées ; QO : questions ouvertes.

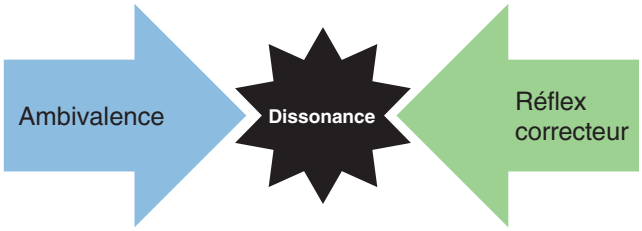


Fig. 9.2 Ambivalence, réflexe correcteur et dissonance.

pas au patient ; pendant la planification, si le soignant la propose trop tôt…

Le soignant peut repérer cette dissonance quand le patient commence à se défendre, à s'opposer, à interrompre, à se désengager… ou quand lui-même se sent distrait, repère son réflexe correcteur, se met à entrer dans les impasses relationnelles décrites par Thomas Gordon (cf. encadré) [5].

Les douze impasses relationnelles de Thomas Gordon

1. Ordonner, diriger, commander.
2. Mettre en garde, avertir, menacer.
3. Donner des conseils, faire des suggestions, proposer des solutions.
4. Persuader avec de la logique, des arguments.
5. Dire aux patients ce qu'ils devraient faire, moraliser.
6. Manifester son désaccord, juger, critiquer, blâmer.
7. Manifester son accord, approuver ou féliciter.
8. Faire honte, ridiculiser, étiqueter.
9. Interpréter ou analyser.
10. Réassurer, manifester sa sympathie ou consoler.
11. Questionner ou demander des preuves.
12. Laisser tomber, distraire, faire de l'humour, changer de sujet.

Thomas Gordon nomme ce type de réactions des « impasses relationnelles » parce qu'elles poussent le patient à composer, réagir à la parole du soignant plutôt qu'à continuer l'introspection en cours.

Il pourra réagir à la dissonance en s'excusant, en valorisant le patient, en pointant le libre arbitre, en changeant de focus en s'éloignant du sujet difficile…

Esprit de l'entretien motivationnel

C'est en 1995 que Miller et Rollnick commencent à écrire sur les fondements spirituels sans lesquels la pratique de l'EM ne deviendrait qu'un moyen de manipuler le patient. Ce ne sont pas des prérequis à la pratique de l'EM, mais une manière d'être vers laquelle doit tendre chaque professionnel qui pratique l'EM (figure 9.3).

Le partenariat

Le partenariat revient à envisager la relation comme une collaboration active entre le praticien, expert dans son domaine, et le patient, expert de sa situation. L'EM est le moyen de mobiliser les propres motivations, les propres capacités du patient à changer.

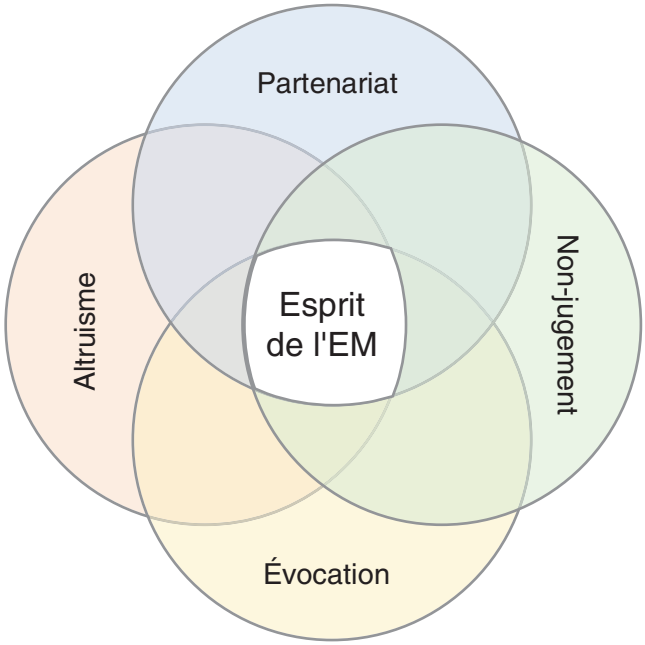


Fig. 9.3 L'esprit de l'EM.

Le non-jugement

Le non-jugement consiste à accepter sans réserve ce que le patient apporte, sans pour autant devoir approuver ses comportements. Ce concept trouve ses racines dans le travail de Carl Rogers et se décline selon quatre attitudes que le soignant cherche à intégrer :

- le regard inconditionnellement positif, c'est-à-dire l'acceptation de l'autre tel qu'il est et la croyance en sa capacité à évoluer. Quand une personne se sent acceptée comme elle est, elle devient libre de changer ;
- l'empathie approfondie, c'est-à-dire un effort conscient et actif pour comprendre le cadre de référence de l'autre. L'empathie est à la fois une capacité cognitive à comprendre les besoins d'autrui, une sensibilité affective à comprendre ses émotions et une capacité comportementale à témoigner de sa compréhension de l'ensemble ;
- le soutien et la valorisation de l'autonomie. Affirmer la liberté de choix de la personne diminue la réactance psychologique, c'est-à-dire la tendance naturelle de tout être humain à s'opposer à l'injonction, à la contrainte pour restaurer son libre arbitre ;
- la valorisation, qui consiste à rechercher et reconnaître les forces, les efforts et les réussites du patient. Il ne s'agit pas d'une appréciation personnelle, mais d'une manière d'être et de communiquer.

L'altruisme

L'altruisme consiste à promouvoir de façon active le bien-être de l'autre, à donner la priorité aux besoins de l'autre.

L'évocation

L'évocation désigne enfin l'aide que le soignant doit apporter au patient pour l'amener à évoquer ses capacités et ressources [6].

Outils de l'entretien motivationnel

« OuVER » : questions Ouvertes, Valorisation, Ecoute réflexive, Résumé

Les questions ouvertes

Questions fermées

Une question fermée suscite une réponse brève, une réponse binaire. Elle crée une tension qui invite le sujet à rechercher la « bonne réponse », celle qu'attendrait l'interlocuteur :

- « *Est-ce que vous fumez ?* »
- « *Quand avez-vous pris votre dernier verre ?* »

Il faut toutefois veiller aux questions fermées déguisées en questions ouvertes :

- « *Que souhaitez-vous faire ? Réduire ou arrêter ?* »

Ainsi qu'aux questions rhétoriques et orientées :

- « *Votre famille n'est-elle pas importante pour vous ?* »

Questions ouvertes

Une question ouverte invite le sujet à élaborer une réponse : elle est comme une porte ouverte. Elle l'incite à réfléchir sur sa situation. Elle évite ainsi les réponses automatiques, les discours plaqués. Elle permet de recueillir plus d'informations qu'une question fermée.

Les questions ouvertes débutent par les locutions suivantes :

- À quoi, de quoi, à quel point, dans quelle mesure, comment… ?
- Pour quelles raisons, que…, croyez-vous…, quoi d'autre… ?
- Quels/quelles sont, pourquoi… ?
- Qu'est-ce que/qui, dans quel sens, c'est-à-dire… ?
- Comme quoi, par exemple, mais encore… ?
- Parlez-moi, illustrez-moi, qu'est-ce que vous diriez… ?

Exemples :

- « *Qu'est-ce qui vous a conduit à venir ici aujourd'hui ?* »
- « *Pour quelles raisons souhaitez-vous perdre du poids ?* »
- « *De quoi avez-vous besoin pour réussir ?* »
- « *À quel point est-ce important pour vous de faire ce changement ?* »
- « *Comment pourriez-vous vous y prendre pour le mener à bien ?* »

À noter : en français, le pourquoi peut avoir une connotation de jugement.

La valorisation

Définition

Valoriser c'est renforcer un aspect positif qui fait lien, c'est une affirmation, plus « forte » qu'un reflet (cf. infra), c'est un reflet complexe, un « super-reflet », c'est reconnaître, soutenir et encourager le patient en s'appuyant sur ses capacités et ses efforts.

Pour être efficace, elle doit être authentique pour donner un prix à ce qui est la vérité profonde de la personne ; elle doit être sincère, congruente et à partager de manière mesurée.

Intérêt

Améliorer l'alliance, témoigner de l'empathie, augmenter le sentiment d'efficacité personnelle et la conscience des réussites personnelles, soutenir l'autonomie et favoriser l'engagement.

Comment valoriser ?

C'est le patient qui est au centre de la valorisation ; il faut donc utiliser le « vous » plutôt que le « je », pour éviter la position du juge bienveillant. Par exemple : « *Vous avez beaucoup progressé* » plutôt que « *Je trouve que vous avez bien progressé.* »

Que valoriser ?

- Les forces, les compétences, les qualités, les ressources.
- Les efforts, les démarches, les premiers essais.
- Les réussites antérieures.

Niveaux de valorisation

Il existe trois niveaux de valorisation : le plus faible niveau correspond à la valorisation du résultat, le niveau intermédiaire concerne le processus, les démarches pour parvenir au résultat, et le niveau le plus puissant correspond à la valorisation des compétences, des qualités, des valeurs et des ressources qui permettent le cheminement.

L'écoute réflective

L'écoute réflective, c'est-à-dire en l'occurrence la pratique des reflets, est nommée empathie approfondie par Rogers en 1965 [7].

Le reflet est la vérification d'une hypothèse, témoignant d'une écoute active ainsi nommée par Gordon en 1970 [8] (figure 9.4). C'est un énoncé dont le ton descend en fin de phrase.

Les reflets offrent la possibilité au patient d'écouter différemment ce qu'il vient de formuler, ce qui lui permet de nuancer ce qu'il vient de dire, de continuer d'élaborer sa pensée.

La profondeur des reflets va du simple au complexe (tableau 9.1) :

- le *reflet simple* répète la phrase ou un morceau de celle-ci à la façon d'un perroquet, il n'ajoute pas de signification, n'accentue pas le discours ;
- le *reflet complexe* ajoute du sens ou met l'accent sur ce que la personne dit. Il est une hypothèse sur le contenu implicite ou sur ce qui pourrait venir après. Il peut prendre différentes formes :
  - reformulation : redéfinit le sens sous-jacent ;
  - double reflet : l'accent est mis sur l'ambivalence ou les divergences : il commence par les raisons de ne pas changer et finit par les arguments pour le changement ;
  - reflets de sentiments : par exemple, refléter un sentiment de colère permet à la personne de se sentir comprise et ainsi de faire redescendre la charge émotionnelle ;
  - métaphores et comparaisons ;
  - reflet amplifié : exagéré ou minimisé ;
  - poursuite du paragraphe : proposer une suite à ce que le patient vient de dire.

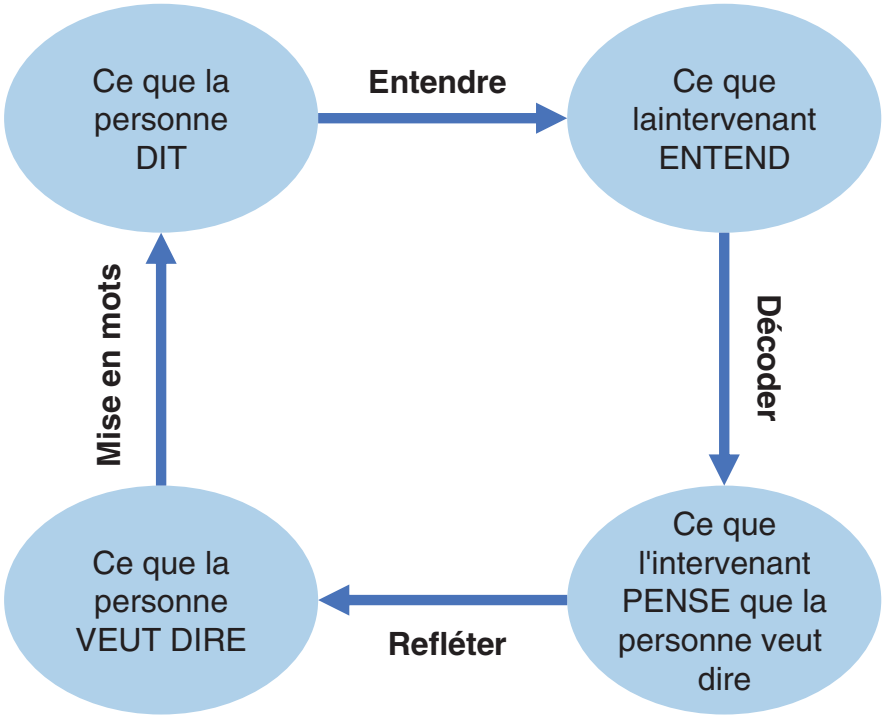


Fig. 9.4 L'écoute active. *(D'après : Gordon, 1970. In : Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. Trad. Lecallier D, Michaud P. 2e édition. Paris: InterÉditions; 2013.)*

Tableau 9.1 Les différents types de reflets

« Mes amis consomment plus que moi et ça ne semble pas être un problème. J'ai diminué ma consommation mais je ne me vois pas arrêter. »	
Reflet simple	*« Vous avez réduit votre consommation. »*
Reflet complexe	*« Des raisons différentes de vos amis vous ont amené à revoir votre consommation. »*
Reflet amplifié	*« Vous allez continuer à consommer toute votre vie ? »*
Double reflet	*« Votre entourage consomme, et ce même plus que vous, malgré ça vous avez décidé de modifier votre consommation. »*
Reflet sélectif	*« Vous avez fait des efforts pour diminuer votre consommation. »*

Après chaque reflet, le soignant obtient une réponse immédiate : soit le patient continue d'élaborer et complète, soit, s'il n'est pas d'accord, il va corriger l'hypothèse du soignant.

Par ailleurs, il importe, quand le soignant est silencieux, de manifester au patient **une écoute non verbale**, une attention exclusive, sans aucune distraction, attention qui s'exprime, en particulier, au niveau du regard. Celui qui écoute garde le contact visuel ou, du moins, doit toujours être prêt au contact. Celui qui parle peut regarder ailleurs. Les expressions du visage donnent également des signes d'attention et d'empathie. Il peut être le miroir des émotions de celui qui parle, sauf pour la colère.

Le résumé

Le résumé est un bouquet de reflets. Il peut avoir un effet de valorisation en montrant au patient l'attention que le soignant lui porte.

Le résumé peut jouer un rôle de rassemblement des données pour aider le patient à poursuivre l'évocation et/ou pour aider le professionnel à éclaircir ses idées sur la direction qu'il veut donner à l'entretien (le guider). Le résumé peut faire le lien entre ce qui vient d'être dit et quelque chose que vous avez retenu d'un entretien précédent. Il peut servir de transition vers un autre thème.

Donner de l'information au patient : « DDPD »

Dans l'esprit de l'EM, il s'agit d'incarner le partenariat entre deux experts, le soutien de l'autonomie et du libre arbitre du patient.

- **D**emander au patient ce qu'il connaît de sa pathologie, des traitements… pour explorer ses connaissances préalables, ses représentations, lui faire préciser les informations qu'il aimerait recevoir. Avantages : se centrer sur lui, éviter de dire ce que le patient connaît déjà et le risque de faire monter la dissonance, gagner du temps, renforcer le partenariat.
- **D**emander l'autorisation de lui donner de l'information pour s'enquérir de son intérêt pour l'information que vous allez lui donner, augmenter son attention et sa réceptivité. S'il refuse, il vous donne l'occasion de soutenir son libre arbitre, de l'assurer de votre disponibilité le

jour où il aurait envie de l'information. Le soignant peut, si l'alliance est suffisante, demander ce qui fait que le patient n'est pas intéressé aujourd'hui.
- **P**artager de l'information de façon claire, en quantité raisonnable, de façon collaborative et respectueuse de l'autonomie.
- **D**emander au patient en quoi cette information lui serait utile, comment cela s'applique à lui, ce qu'il aimerait savoir de plus… Cette formulation ouvre la possibilité d'une mise en pratique. Il est préférable d'éviter le « *Qu'avez-vous compris ?* » qui met le patient en position d'élève.

Les échelles d'importance et de confiance, un outil pour l'évocation

Prenons l'exemple d'un patient qui envisage d'arrêter de fumer.

Sur une échelle de 1 à 10, quelle est l'importance pour vous aujourd'hui d'arrêter de fumer ? 1 = aucune importance/10 = ça ne peut pas être plus important.

Le patient, par exemple, répond « 5 ». L'intervenant lui demande ce qui fait qu'il dise « 5 » plutôt que « 3 ». Le patient va donner des arguments. L'intervenant lui demande alors ce qui ferait qu'il dise « 7 ». Le patient évoquera les ressources dont il a besoin.

Sur une échelle de 1 à 10, quel est le niveau de confiance que vous avez aujourd'hui pour réussir ?

Le patient répond, par exemple : « 5 »…

Assez fréquemment l'importance est élevée et la confiance en sa capacité basse. On sait alors qu'il faut travailler sur le **sentiment d'efficacité personnelle**, rechercher les réussites antérieures, les ressources internes et externes du patient.

Les processus

Le déroulé de l'EM se fait selon quatre processus : d'abord l'engagement, car sans engagement avec un patient, on ne peut pas aller beaucoup plus loin. L'évocation n'est possible que si on a un objectif commun de travail. Décider si on va changer est habituellement un prérequis pour planifier comment on va changer, mais ces quatre processus sont à la fois séquentiels et récursifs, l'un des processus peut commencer alors que le précédent n'est pas terminé, l'un peut découler de l'autre, ils peuvent aussi se chevaucher et se répéter. En fait, chaque processus repose sur ceux qui l'ont précédé et qui continuent à se dérouler en lui servant de socle. Il est donc judicieux de représenter ces quatre processus par un escalier (figure 9.5) que l'on peut parcourir dans les deux sens en revenant à la marche précédente lorsqu'il convient de lui porter de nouveau attention.

L'engagement dans la relation : créer l'alliance

L'engagement se réalise en manifestant son empathie et le non-jugement, en soutenant l'autonomie et le libre arbitre du patient et en agissant pour diminuer la dissonance si elle apparaît.

La focalisation

Il s'agit de choisir une thématique commune de changement, de clarifier la direction, l'horizon vers lequel on a l'intention de se diriger, et de maintenir cette direction vers le changement.

L'évocation

Il s'agit de guider la personne afin qu'elle verbalise elle-même ses propres arguments en faveur du changement, autrement dit, de faire élaborer le patient en accueillant le discours « maintien » (DM) — les propos du patient en faveur du non-changement —, en épuisant le DM, pour avancer dans la direction du langage du changement : le discours « changement » (DC) — les propos du patient en faveur du changement.

Il s'agit donc d'accompagner la résolution de l'ambivalence dans le sens du changement.

Un exemple : le sevrage tabagique

- Épuiser le DM en interrogeant les avantages de fumer et les inconvénients d'arrêter.
- Susciter le DC en explorant les inconvénients de fumer et les avantages d'arrêter.
- Renforcer le DC :
  - en travaillant sur le désir et les raisons de changer ;
  - en renforçant le sentiment d'efficacité personnelle qui peut être résumé par la question : « *Suis-je ou non capable de changer tel ou tel comportement ?* » [attente d'efficacité] ;
  - en renforçant la confiance dans le résultat : « *Quel résultat aura mon changement de comportement ?* » [attente de résultat] ;

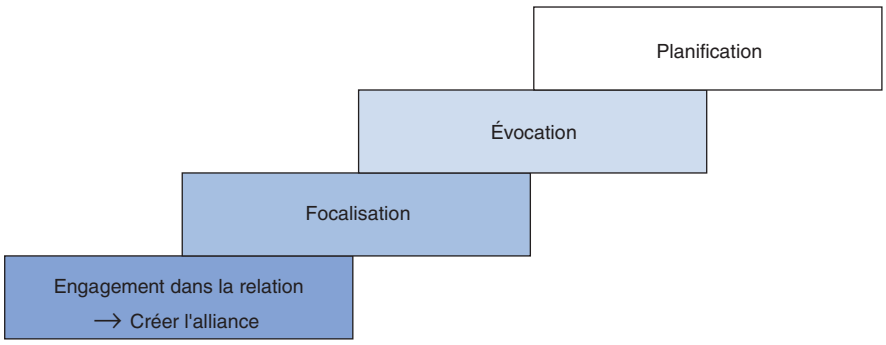


Fig. 9.5 Processus de l'EM.

– en faisant émerger les ressources personnelles et extérieures : les qualités et les forces personnelles, les différentes formes de soutien extérieur susceptibles d'aider à avancer vers le changement.

La planification

La planification comprend à la fois le développement de l'engagement vers le changement et la formulation d'un plan d'action précis. C'est une conversation sur l'action qui ne peut s'enclencher que lorsque la motivation de la personne atteint un seuil suffisant de disposition au changement, quand la balance oscille et commence à passer du « si et pourquoi » au « quand et comment » changer. Le patient est prêt à mettre en œuvre le changement. Il s'agit de faire émerger les propres solutions du patient en soutenant son autonomie dans la prise de décision et en continuant à faire émerger et renforcer le DC à mesure que le plan se dessine.

Explorer les valeurs et les objectifs

La clé pour apprécier le cadre de référence interne d'une personne, c'est de comprendre ses valeurs et ses objectifs fondamentaux : qu'est-ce qui est le plus important pour elle ? qu'est-ce qu'elle essaie d'atteindre dans la vie ?… Et lorsqu'on comprend ce à quoi la personne attache de la valeur, on obtient des clés pour savoir ce qui la motive.

Explorer les valeurs a de multiples intérêts :

- une compréhension multidimensionnelle et approfondie du patient et de ses motivations propres ;
- un renforcement de l'engagement et de la relation ;
- l'évocation par le patient lui-même de valeurs positives, ce qui est autovalorisant donc thérapeutique ;
- l'apport d'indications pour développer les divergences dans le processus d'évocation : la perception d'un manque de cohérence entre les valeurs et le comportement entraîne un inconfort et, lorsqu'un comportement entre en conflit avec une valeur profonde, c'est habituellement le comportement qui change [1]. Le rôle du soignant est alors d'accompagner ce mouvement dans une atmosphère bienveillante et sans jugement pour guider le patient vers le changement.

Le discours « maintien » et le discours « changement »

Définitions

Le **discours « maintien »** (DM) est l'ensemble des dires du patient qui vont dans le sens du maintien du comportement : tout ce que le changement apporte de négatif, de difficile, tout ce que le statu quo apporte comme bénéfices. Ce n'est pas de la dissonance, c'est un des côtés de l'ambivalence. Le DM concerne la cible du changement de comportement, alors que la dissonance concerne la relation avec le patient.

Le **discours « changement »** (DC) est l'ensemble des dires du patient qui vont dans le sens du changement : tout ce que le changement apporterait de positif, tout ce que le statu quo pose comme difficultés. Dès que le DC apparaît, il faut donc le refléter, le renforcer, l'enraciner. À défaut, il faut le faire émerger en posant des questions ouvertes en rapport avec le désir, la capacité, les raisons et le besoin de faire le changement dans une ambiance bienveillante, respectueuse et non jugeante.

Épuiser le DM

Selon Paul Amrhein, il est prioritaire de savoir lire les signaux des patients évoquant leurs degrés de motivation et de s'y adapter sans chercher à aller au-delà de leur disposition au changement [9].

Ainsi, si le patient exprime beaucoup de DM, il s'agit d'épuiser le DM, c'est-à-dire d'accueillir ces propos sans les entretenir. Une fois déposés ses arguments contre le changement, le patient est disposé à se tourner vers le DC. En revanche, si le patient n'exprime pas de DM, il ne faut pas le faire émerger car cela « rallumerait » les circuits neuronaux liés à l'appétence en faveur de la poursuite du statu quo [10].

Repérer et cultiver le DC [11]

DC préparatoire

Le DC préparatoire reflète le versant de l'ambivalence penchant vers le changement, l'intérêt du patient à changer ; il comporte quatre sous-types regroupés sous le sigle **DCRB** (Désir, Capacité, Raisons, Besoin) ; c'est-à-dire les propos du patient qui expriment :

- le désir de changer : « *j'aimerais bien trouver un meilleur travail* » ;
- la capacité de changer : « *je serais capable de faire plus de sport* » ;
- les raisons de changer : « *j'aurais probablement plus d'énergie* » ;
- le besoin de changer : « *j'ai besoin de perdre du poids* ».

Toutefois, avoir repéré le DC préparatoire ne signifie pas pour autant que la personne a l'intention de s'y mettre. Il est donc nécessaire de développer ce DC préparatoire et d'en aborder les quatre sous-types, en utilisant les outils « OuVER » et les règles d'importance et de confiance, en questionnant les extrêmes, en regardant en arrière, en regardant vers l'avant, en explorant les objectifs et les valeurs.

DC de mobilisation

Le DC de mobilisation signale le mouvement vers la résolution de l'ambivalence dans le sens du changement et le fait que le patient n'est pas loin de changer ; il comporte trois phases regroupées sous le sigle **EAP** (Engagement, Activation, Premiers pas) :

- l'engagement signifie que le changement est maintenant probable et s'exprime par : « *je veux* », « *je vais* », « *je promets* », « *je jure* », « *je garantis* », « *je vous donne ma parole* » ;
- l'activation indique le mouvement vers l'action et s'exprime par : « *je me sens prêt à* » ;
- les premiers pas sont les paroles du patient témoignant des actions déjà entreprises dans le sens du changement, par exemple : « *Ce week-end j'ai évité de consommer de l'alcool* ».

Efficacité de l'entretien motivationnel

La recherche sur l'EM et son efficacité s'est développée depuis sa première élaboration. Une bibliographie est disponible sur le site du MINT (*Motivational Interviewing Network of Trainers*)[9]. Plusieurs méta-analyses montrent une certaine efficacité. Par exemple :

- l'observance vis-à-vis d'un traitement [12] ;
- le suivi de maladies chroniques [13] ;
- le changement des habitudes de vie [14] ;
- la diminution des comportements défavorables à la santé [15] ;
- l'usage des produits [16] ;
- l'arrêt du tabac [14].

Cela dit, l'efficacité est variable, en partie du fait du savoir-faire des professionnels. La recherche actuelle s'intéresse donc à la façon dont les professionnels se forment, à leur pratique et à la diffusion de la supervision clinique [17].

« *La recherche sur le processus thérapeutique a relié le devenir du client au savoir-faire de l'intervenant mesuré sur la fidélité à l'entretien motivationnel [8].* »

Ce qui rend l'entretien motivationnel efficace, c'est :

- la capacité du soignant à manifester et rendre perceptible son engagement et son empathie à l'égard du patient. Une méta-analyse a montré le lien entre l'empathie et la qualité de l'alliance thérapeutique [18] ; une autre [19] met en évidence le fait que l'empathie favorise l'évocation et la mise au travail des patients ;
- la maîtrise des compétences techniques spécifiques qui permettent de réduire la production de DM, de faire émerger et de renforcer la production du DC, ce qui prédirait ensuite le changement de comportement [20] ;
- la capacité du soignant à faire émerger les motivations intrinsèques du patient (Désir-Capacité-Raison-Besoin).

À ce jour, le MINT et l'AFDEM (Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel) recommandent 6 jours de formation théorique, de la pratique et de la supervision de cette pratique dès le début de son apprentissage. Il est proposé l'enregistrement d'entretiens, qui sont codés en utilisant un outil de codage, le MITI 4.2.

Pour maintenir et développer ses compétences, l'autoévaluation (à l'aide d'enregistrements son et/ou vidéo), l'intervision en groupes de pairs et la supervision sont fortement recommandés.

Avec qui et quand utiliser l'entretien motivationnel ?

- Avec tout patient ambivalent devant un changement de comportement préjudiciable à sa santé. Il existe des ouvrages spécifiques pour l'utilisation de l'EM avec les adolescents, en psychiatrie [21].
- Avec le patient en cas de conflit, de tension dans la relation, quand il faut remettre le cadre.
- En groupe, pour animer des groupes de patients, groupes de soutien ou d'éducation thérapeutique [22].
- En supervision, avec l'étudiant en stage. Nous proposons l'utilisation d'un feedback motivationnel lors de la supervision. L'interne rapporte une situation clinique. Le maître de stage lui demande :

1. Aspect émotionnel :
   - *Comment as-tu vécu cet exercice ?*
2. Autoévaluation :
   - *Qu'est ce qui a bien marché d'après toi ?*
   - *Si tu devais refaire l'exercice, que souhaiterais-tu faire autrement ?*
3. Demander l'autorisation :
   - *Me permets-tu de te faire un retour ?*
4. Feed-back équilibré (positif, négatif) et subjectif (selon moi) :
   - *Selon moi, ce qui a bien marché, c'est…*
   - *Selon moi, ce qui pourrait être amélioré c'est…*
5. Demander ce que l'étudiant en retient :
   - *Qu'en penses-tu ?*

Conclusion

Dans le contexte actuel de l'évolution des techniques de communication, de la valorisation des performances, de la mise en avant du système économique, du manque de temps…, le médecin généraliste peut préserver l'humanité de son exercice et trouver en l'EM une ressource précieuse pour exercer dans le respect du patient et de lui-même dans de nombreux champs de la médecine.

Il peut faire évoluer le système de soins en faisant du patient un acteur de sa santé grâce au partenariat collaboratif qui honore, respecte l'autonomie et la liberté d'autrui, et qui cherche à comprendre ce qui est important pour lui.

Références

[1] Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Trad, In: Lecallier D, Michaud P, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions ; 2013. p. 12.

[2] Fortini C, Daeppen JB. L'entretien motivationnel: développements récents. Psychothérapies 2011 ;3(31):159–65.

[3] Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Trad, In: Lecallier D, Michaud P, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions ; 2013. p. 57.

[4] Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Trad, In: Lecallier D, Michaud P, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions ; 2013. p. 211–20.

[5] Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Trad, In: Lecallier D, Michaud P, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions ; 2013. p. 53.

[6] Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Trad, In: Lecallier D, Michaud P, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions ; 2013. p. 14–22.

[7] Rogers CR. Le Développement de la personne. Trad, In: Herbert EL, editor. Malakoff: InterÉditions ; 2005. p. 34–42.

[8] Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Trad, In: Lecallier D, Michaud P, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions ; 2013. p. 52–66.

[9] Azkowitz H, Miller WR, Rollnick S. Pratique de l'entretien motivationnel en santé mentale. Trad, In: Whalen M, Hadj-Slimane F, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions ; 2013. p. 9–14.

[10] Feldstein Ewing SW, Filbey FM, Sabbineni A, Chandler LD, Hutchison KE. How psychosocial alcohol interventions work: a preliminary look at what FMRI can tell us. Alcohol Clin Exp Res 2011 ;35(4):643–51.

[9] www.motivationalinterviewing.org.

[11] Miller WR, Rollnick S. L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Trad, In: Lecallier D, Michaud P, editors. 2e édition. Malakoff: InterÉditions; 2013. p. 166–72.
[12] Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med 2016;31:929–40.
[13] Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns 2016;99(6):944–52.
[14] Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns 2013;93(2):157–68.
[15] McMurran M. Motivational interviewing with offenders: A systematic review. Legal and Criminological Psychology 2009;14:83–100.
[16] Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. J Adv Nurs 2009;65(2):238–58.
[17] Dumont J, Stitou M. Entretien motivationnel en soins infirmiers. Paris: Dunod; 2019. p. 61–5.
[18] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2000;68(3):438–50.
[19] Greenberg LS, Elliott R, Watson JC, Bohart AC. Empathy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2001;38(4):380–4.
[20] Fortini C, Daeppen JB. L'entretien motivationnel: développements récents. Santé mentale 2012;164:37–41.
[21] Naar-king S, Suarez M. L'EM avec les adolescents et jeunes adultes. InterEditions; 2021.
[22] Wagner C, Ingersoll K, et al. Pratique de l'EM en groupe. InterÉditions; 2015.

Repérage précoce et interventions brèves

En France, le tabac et l'alcool sont les deux premières causes de mortalité évitables. Un tiers des adultes aurait une consommation à risque. Les médecins généralistes sont en première ligne pour repérer et accompagner les patient(e)s concerné(e)s. Pourtant, les consommations de tabac et surtout d'alcool sont encore peu abordées en consultation selon les patients, alors qu'une part importante de la population jugerait cela normal [1].

Le RPIB (repérage précoce et interventions brèves)

Le RPIB est un protocole d'intervention recommandé par la HAS pour les consommations d'alcool à risque, de tabac et de cannabis.

Son efficacité est modérée, le niveau de preuve est faible avec comme seul critère de jugement la réduction de la consommation déclarée d'alcool (CDA) à 36 mois après l'intervention brève (IB), mais en attendant mieux, ces outils favorisent les prises en charge [2].

Le recours à une consultation dédiée en faciliterait sans doute la pratique.

Le repérage devrait être systématique plutôt que ciblé (devant des symptômes d'alcoolisation, un accident de la voie publique, un échec scolaire, un état dépressif, des anomalies biologiques tardives…) et répété chaque année.

Les freins principaux des médecins généralistes à l'égard du repérage précoce sont la faisabilité dans une consultation dont l'alcool n'est pas le motif, la présence d'un tiers, le manque de temps, leurs représentations de l'alcool et leur propre consommation.

Les étapes d'une intervention brève sont synthétisées par l'acronyme « FRAMES ».

« FRAMES »

1. Restituer les résultats du test de repérage au patient (*Feed-back*).
2. Responsabiliser (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute) (*Responsability*).
3. Donner un conseil de modération (*Advice*).
4. Évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (*Menu*).
5. User de bienveillance, ne pas juger (*Empathy*).
6. Laisser le patient être acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (*Self efficacity*).

L'HAS propose un outil d'aide au RPIB alcool – cannabis – tabac chez l'adulte [3].

Chez l'adolescent, le DEP-ADO (DÉPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents) a été validé et adapté au contexte français [4].

Conseil minimal tabac et conseil d'arrêt

L'objectif est triple :
- repérer tous les fumeurs de sa patientèle ;
- délivrer le conseil minimal ;
- commencer le sevrage si le fumeur le désire.

Il « devrait » être répété chaque année, dès l'âge de 12 ans, et noté dans le dossier.

Le conseil minimal est un terme spécifique décrivant une attitude standard comportant deux questions et le fait de donner un document. Il s'est enrichi du conseil d'arrêt qui améliore son efficacité.

1. « *Fumez-vous ?* »
   - Non : valoriser le fait de ne pas fumer.
   - Oui : poser la deuxième question.
2. « *Désirez-vous cesser de fumer ?* »
   - Non :
     - La Société de pneumologie de langue française propose de questionner les raisons de vouloir continuer à fumer.
     - Le **conseil d'arrêt** consiste à donner un conseil ferme et sans jugement de valeur comme : « *Je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé.* »
     - « *Je reste disponible pour en parler dès que vous voudrez.* »
   - Oui :
     - Initier l'entretien ou proposer une consultation dédiée.

3. Proposer au patient fumeur un document validé sur le sevrage (INPES, fiches-patients Prescrire…), conseiller l'application Tabac-Info-Service.

L'association du dépistage, du conseil minimal et du conseil d'arrêt constitue une intervention brève qui peut améliorer le taux de sevrage non assisté (2 à 3 %) de 1 à 3 % supplémentaires. On constate un faible bénéfice supplémentaire pour les interventions plus intensives [5].

Références

[1] Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. Rev Epidemiol Sante Publique 2020;1–8.

[2] Maynié-François C, Dupouy J. Conseil Scientifique du CNGE. Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale. exercer 2019;152:175–81.

[3] Haute Autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. [En ligne] Saint-Denis: HAS; 2021. janvier. Disponible sur : www.has.fr.

[4] RESPADD DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents Questionnaire DEPADO. [En ligne] Paris: 2021. Disponible sur : www.respadd.org.

[5] Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;5, CD000165.

Le remède médecin et l'effet placebo

Rémy Boussageon, Alain Moreau

PLAN DU CHAPITRE

Le placebo n'est pas l'effet placebo 73
Comment fonctionnent les effets placebo et nocebo ? 73
Les différents modèles de l'effet placebo 74
Effet placebo et relation thérapeutique 75

Situation clinique

Une patiente de 48 ans présente un ulcère de la cornée depuis 7 mois. Elle est gênée tous les jours par la douleur et des éblouissements. Après avoir vu quatre spécialistes et observé leurs traitements quotidiennement, aucune amélioration ne survient. Lors de la dernière consultation, le médecin lui explique qu'il faut se préparer à vivre ainsi « toute sa vie » et que « s'il avait un traitement à lui proposer il le lui aurait donné… ». La patiente quitte cette consultation en pleurs. Lors d'une visite chez une cinquième ophtalmologue, 2 mois plus tard, celle-ci lui dit « qu'il ne faut pas perdre espoir et qu'il y a toujours une solution ». Elle lui propose un traitement chirurgical dans 15 jours. Mais 48 heures après cette phrase qui lui « ouvre un chemin et une perspective d'avenir et de guérison » (selon ses propres mots et son ressenti), la patiente est guérie et ne fait pas de récidive. Finalement, elle n'est pas opérée…

Si la guérison ne peut être attribuée de façon causale et certaine à cette parole « d'espoir » — la cicatrisation aurait pu par coïncidence survenir de façon identique à ce moment-là sans avoir consulté. Il n'en demeure pas moins que cette situation interpelle après 7 mois « d'état permanent de maladie ».

Le placebo n'est pas l'effet placebo

Le mot placebo signifie en latin « je plairai », ce qui sous-entend une prescription pour répondre à une demande du patient en lien avec ses attentes, croyances et son état d'esprit. Dans les troubles symptomatiques (douleurs, nausées, etc.), la célèbre revue princeps de Beecher en 1955 a mis en évidence une amélioration clinique de 35 % en moyenne (entre 15 et 53 %) dans les groupes traités par placebo (« réponse placebo »). L'amélioration clinique observée dans le groupe placebo ne peut se résumer à l'effet thérapeutique du placebo [1]. Elle peut être due à l'évolution naturelle de la maladie ou au phénomène de régression à la moyenne par exemple. Dans leur méta-analyse d'essais cliniques randomisés évaluant un groupe placebo et un groupe ne recevant pas de placebo, Hrobjartsson et Gotzsche (2001) n'ont trouvé qu'une efficacité modeste sur la douleur : de 6,5 mm/100 mm sur l'EVA du placebo par rapport au groupe témoin (sans placebo). L'effet placebo a été mis en évidence seulement sur des critères « ressentis » par les patients (douleur, nausées, anxiété, toux, dyspnée, etc.). Aucun effet n'a été mis en évidence sur des critères objectifs. L'effet placebo « vrai » est dû à des facteurs psychophysiologiques non pharmacologiques, contextuels ou symboliques, qui provoquent un effet thérapeutique — et aussi des effets indésirables en cas d'effet nocebo quand les attentes-croyances-état d'esprit du patient sont négatives).

Comment fonctionnent les effets placebo et nocebo ?

Le développement des neurosciences permet de mieux comprendre comment l'effet placebo fonctionne. L'administration d'un placebo associé à des attentes-croyances-état d'esprit positives et concordantes serait capable d'activer le circuit neurologique de la récompense, le cortex préfrontal dopaminergique et le noyau accumbens responsable de sécrétions de peptides opioïdes endogènes.

Dans le modèle algorithmique probabiliste (*computational*) des neurosciences [3], la perception de la douleur est intégrée dans un double système neurophysiologique : un système sensoriel qui discrimine le type de douleur nociceptive et un système cognitivo-émotionnel qui donne sa valeur affective à la douleur. Elle peut être inférée par des expériences antérieures et des attentes particulières qui vont être encodées en leur donnant du sens et agir sur la perception et l'interprétation de la douleur. Elle est comme un prototype pour des expériences identiques ultérieures.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le phénomène d'apprentissage par conditionnement opérant peut intervenir dans l'effet placebo en agissant aussi sur le système immunitaire. Ceci peut expliquer certaines réactions allergiques dans un contexte émotionnel perturbé. La suggestion peut aussi jouer sur la sécrétion de cortisol et d'hormone de croissance. À l'inverse, la suggestion « nocebo » entraîne une anxiété anticipatrice d'aggravation de la douleur. Celle-ci provoquerait notamment une sécrétion de cholécystokinine responsable d'une hyperalgie ainsi qu'une diminution de la dopamine et des substances opioïdes endogènes. L'anxiété anticipatrice entraîne aussi une activation du système hypothalamo-hypophysaire adrénergique responsable d'une sécrétion de cortisol stimulant l'hyperactivité.

Les différents modèles de l'effet placebo

Rôle du conditionnement opérant

Les influences sociales agissent dans le cadre d'un conditionnement opérant par la suggestion et les instructions [4]. Elles permettent d'implanter une idée chez une personne qui a un état d'esprit (*mindset*) disponible pour la recevoir. Elles agissent à travers des processus d'apprentissage par observation des autres (*observational learning*) et dans une communication symbolique. L'influence sociale des pairs ayant une même expérience de vie et un rôle de soutien provoque un fort pouvoir affectif mobilisateur. L'instruction et la suggestion sur des objectifs de tâches à accomplir et à expérimenter, données par une personne elle-même expérimentée, se retrouvent par exemple dans la démarche hypnotique. Elle agit dans la réduction du processus douloureux et aussi de tout processus sensoriel par action modulatrice sur le système émotionnel et l'expérience affective. En favorisant une interaction positive entre des instructions/conseils descendants « *top-down* » et un apprentissage expérientiel de type « *bottom-up* » les résultats positifs sont attribués à la réalité actuelle du monde du patient par le biais de confirmation. S'il n'y a pas de conformité, cela est attribué à une erreur dans la prédiction, la « *faute à pas de chance* », à un aléa, à une coïncidence. Cette interaction modifie les représentations préexistantes et favorise l'apprentissage de nouveaux comportements à partir de l'expérience affective vécue.

Ces processus entraînent des changements dans les attentes. Dans la douleur par exemple, les attentes, par action prédictive « *top-down* » d'une représentation suggestive (« *Ce n'est pas grave, ça va passer* ») vont se combiner avec la perception sensorielle « *bottom-up* » ressenti par le patient qui confirme : « *Je n'ai pas trop mal.* » L'instruction-conseil-réassurance « *Ne vous inquiétez pas ce n'est pas grave* » et l'observation sociale « *Mes parents dans cette situation n'avaient pas trop mal* » agissent sur la façon d'évaluer la situation, le sens et le ressenti émotionnel de cette expérience vécue. La perception de la douleur par effet placebo va en être minimisée. À l'inverse, des instructions dramatisantes, non réassurantes et des expériences vécues négativement autour de la douleur et la maladie dans l'histoire du patient vont entraîner un effet nocebo.

L'effet « blouse blanche » dans la majoration de la pression artérielle illustre l'influence d'un environnement et d'un contexte relationnel qui intervient dans des résultats cliniques. Le prix, la couleur du médicament, sa forme galénique interviennent dans la perception de l'effet thérapeutique. Chez certains patients, le fait de recevoir un traitement générique réduit la perception d'efficacité [5].

Le conditionnement opérant à l'effet placebo remonte à l'enfance, à la façon dont l'entourage et l'environnement socioculturel vont prendre soin de l'être humain en devenir et façonner son état d'esprit [3]. La douleur a aussi un vécu culturel différent chez un Méditerranéen, un protestant américain ou une personne asiatique de culture bouddhiste.

Rôle de l'espérance et des attentes (*expectancies, expectations*)

Les deux termes sont proches [3]. Les attentes sont des croyances dans des résultats à venir — que l'on peut nommer « espoir » si elles sont positives — et des représentations d'un état futur externe ou interne désirable. Elles peuvent être liées à un conditionnement opérant, à une suggestion verbale (« *on va trouver une solution* ») ou à un symbole qui fait sens pour la personne dans son contexte — le simple fait de voir arriver les secours ou d'entrer à l'hôpital permet d'apaiser certains symptômes. L'expérience vécue antérieure intervient dans l'espérance comme la personnalité, l'état d'esprit, la suggestibilité, la sensibilité anxieuse, les ruminations mentales.

Les attentes comme croyances anticipatrices sur un état et des résultats futurs, provoquent des changements cognitivo-émotionnels et comportementaux, un sentiment de « maîtrise » de la situation ou de sens à la situation et diminuent ainsi l'angoisse de ne rien pouvoir faire [5, 6].

Dans les essais thérapeutiques, la manipulation du médicament en ouvert (rituel médical usuel)/caché (élimination des facteurs mobilisant des attentes) améliore l'efficacité de celui-ci. Les attentes renforcées par des messages positifs améliorent les résultats d'une anesthésie par action sur différentes parties du cerveau. Cela permet de réduire les doses d'opioïdes et le manque d'efficacité de traitements contre la douleur.

De nombreuses études montrent les rôles des attentes sur les résultats de traitements pharmacologiques ou chirurgicaux [7]. Chaque patient envisage un traitement avec des attentes en fonction de ses expériences préalables, de ses relations sociales avec ses pairs et de ses caractéristiques propres génétiques ou biologiques. La personne va développer un raisonnement causal prédictif au moment d'une situation spécifique. Si une personne pense que l'opération va mal se passer, elle peut développer des réactions anticipatoires (crises anxieuses, réactions physiopathologiques, prophéties autoréalisatrices). Mais la réalité peut apporter des changements dans les attentes si la chirurgie se passe bien. Le travail d'information, les *processus de coping* et l'interaction relationnelle (empathie) peuvent faire changer les représentations et attentes.

Dans l'essai clinique randomisé PSY-HEART [8], 124 patients programmés pour la chirurgie cardiaque ont été

randomisés en trois bras avec un suivi de 6 mois. Le premier comprenait une intervention brève psychologique optimisant les attentes de résultats (EXPECT), le deuxième une intervention de soutien émotionnel et conseils généraux, mais pas sur les attentes (SUPPORT), et le troisième des soins standards (SMC). Le critère de jugement primaire était l'évaluation d'une incapacité pendant 6 mois après chirurgie. Les critères de jugement secondaires comprenaient d'autres variables cliniques et immunologiques. Aux niveaux des résultats, les patients du groupe EXPECT ont montré des améliorations significativement plus importantes sur une échelle d'incapacité (− 12,6 ; IC 95 % : [− 17,6 ; − 7,5]) que le groupe SMC (− 1,9 ; IC 95 % : [− 6,6 ; + 2,7]) ; les patients du groupe SUPPORT (− 6,7 ; IC 95 % : [− 11,8 ; 1,7]) ne différaient pas du groupe SMC. Des avantages spécifiques pour EXPECT par rapport à SUPPORT ont été constatés pour la qualité de vie mentale et l'aptitude au travail (en heures par semaine). Les deux interventions psychologiques de pré-chirurgie ont induit des augmentations moins prononcées des cytokines, concentrations pro-inflammatoires reflétées par la diminution des niveaux d'interleukine 8 comparées à l'intervention SMC. Les deux interventions de pré-chirurgie ont été caractérisées par une bonne acceptabilité des patients et aucun effet nuisible ne leur a été attribué.

Rôle de l'état d'esprit (*mindset model*)

L'état d'esprit, la façon de penser du patient, intervient dans l'effet placebo ou nocebo [3]. Ce raccourci mental aide à la représentation d'une situation, à la prise de décision et au comportement à adopter en orientant et simplifiant la complexité des nombreuses perceptions que rencontre la personne. Les adolescents ayant un diabète de type 1, qui ont l'« état d'esprit » positif que les soins vont améliorer leur santé, ont en moyenne un taux d'HbA1c plus bas que ceux qui pensent le contraire.

Comprendre l'état d'esprit du patient permet de comprendre les représentations-croyances-attentes et de leur donner du sens [5]. Par exemple dire « *mon cancer est une catastrophe* » peut avoir plusieurs sens : « *je vais souffrir* », « *je vais mourir* », « *je vais être obligé d'arrêter mon travail* »… Au médecin de faire parler l'état d'esprit du patient sur ces représentations « catastrophe » pour mieux les prendre en compte dans la relation soignante. L'état d'esprit du patient guide ses processus attentionnels et motivationnels. Des études ont montré que le stress affecte à la fois des marqueurs physiques (comme la pression artérielle, le poids) et des réactions psychologiques. L'empathie va accentuer l'état d'esprit positif et atténuer l'état d'esprit négatif.

Effet placebo et relation thérapeutique

La relation thérapeutique, la compétence du soignant, sa communication, sa réputation et sa chaleur humaine, le rituel et l'espace du soin dans lesquels il intervient, les croyances socioculturelles favorisent l'effet thérapeutique placebo [9]. Le pouvoir de guérir (*healing power*) a toujours existé dans toutes les civilisations humaines pour traiter le ressenti de la maladie (*illness*) plutôt que la maladie en soi (*disease*). Le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient l'« effet médecin » a été souligné dès l'Antiquité par Hippocrate. Plus récemment, M. Balint a développé le concept de « remède médecin » : « *Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel* ». Les êtres humains possèdent des réponses naturelles biologiques réparatrices (évolution naturelle de la maladie : *natural healing*) aux traumatismes et agressions internes ou externes des maladies, infections ou accidents (système immunitaire, anti-inflammatoire, coagulation du sang…). Les technologies médicales et chirurgicales réparatrices de la maladie (*technological healing*) ont permis d'améliorer les capacités curatrices. La guérison sociale (*social healing*) fait intervenir la relation au « guérisseur », le contexte social et l'entourage. Pour chaque personne, les symptômes ont une fonction « signal » pour susciter soutien social et assistance. La relation sort le patient de la solitude, de l'angoisse, du « non-sens » et par là même peut soulager certains symptômes. L'aspect cognitif informatif de la procédure de soins (par exemple, la kinésithérapie) intervient moins que le côté affectif et chaleureux de la relation. Un essai clinique randomisé a comparé dans la lombalgie chronique quatre bras de kinésithérapie active/kinésithérapie placebo versus alliance thérapeutique (AT) avec deux niveaux : AT renforcée (écoute active, attitude verbale/non verbale chaleureuse) et AT limitée. Au final, les bras avec AT renforcée ont plus d'efficacité clinique significative sur le plan statistique que les bras avec AT limitée avec ou sans kinésithérapie. En psychothérapie, les méta-analyses montrent que l'alliance thérapeutique, l'empathie, le regard positif, la collaboration sur les buts, la congruence, la création d'attente positive sont corrélés à des résultats cliniques positifs (taille d'effet entre 0,4 et 0,6), supérieurs par exemple à la taille d'effet (0,3) des antidépresseurs dans la dépression.

Comment optimiser l'effet placebo en développant une relation thérapeutique ?

La qualité de la relation humaine soignant-soigné influence les croyances, les attentes et l'état d'esprit du patient [5]. Elle intervient dans la motivation et les processus de changement. Cela passe par une communication verbale et non verbale avec des attitudes chaleureuses, réassurantes et des informations positives. La signification (comme le fait de donner un nom à un trouble en le désignant par une maladie [10]) donnée par le professionnel à la maladie influence l'état d'esprit du patient — par exemple, une signification positive de la douleur comme un signe de cicatrisation, de récupération, de réparation plutôt qu'une signification négative d'envahissement ou de destruction joue sur la modulation cérébrale de sécrétion d'endorphine — et le sentiment de sens/cohérence et de maîtrise possible (espoir).

Deux qualités du soignant influencent les attentes de guérison des patients : la chaleur humaine et la bienveillance dans le soin d'une part, et la compétence du soignant d'autre part. L'empathie (en communication verbale et/ou non verbale) est aussi source de chaleur humaine et de confiance. Avoir une attitude empathique et promouvoir des attentes positives a un petit effet sur la réduction de la douleur (1/10

à 2/10 sur EVA) et l'anxiété. Des messages positifs améliorent des symptômes physiques chez les patients asthmatiques ou en postopératoire et aussi la qualité de vie et la satisfaction du patient. Les interventions ne semblaient pas avoir d'effets indésirables [11].

La démarche clinique de l'approche centrée sur le patient telle qu'elle a été décrite par les Canadiens (M. Stewart) comprend quatre composantes en interaction [12] (cf. aussi chapitre 6). La première composante prend en compte la perspective du patient, son expérience vécue, ses croyances, ses attentes, ses espérances, ses préférences et son état d'esprit. Tout ceci permet de comprendre le sens de la situation problème-maladie. Elle complète la deuxième composante qui développe une approche biopsychosociale et fait intervenir le contexte actuel du patient mais aussi son histoire vécue d'influence sociale. La troisième composante a pour objectif de trouver un terrain commun de compréhension et d'entente en vue d'une décision partagée. La quatrième composante, développer une relation thérapeutique empathique et bienveillante, permet d'animer la dynamique de manière systémique. Cette compétence clinique fournit tous les ingrédients contribuant à l'effet placebo.

Comment intégrer l'effet placebo dans la pratique clinique et un cadre éthique ?

Un travail d'enquête auprès d'un panel de vingt-neuf experts avec un questionnaire issu d'une revue de littérature sur les données empiriques de l'effet placebo/nocebo a permis d'obtenir un consensus d'expert et des recommandations sur le sujet [13] :

- considérer l'effet placebo comme un traitement à part entière en l'optimisant pour améliorer les résultats cliniques et en informant de son intérêt auprès du patient ;
- tenir compte de l'histoire et du vécu de la maladie, son contexte de sévérité, de la dimension éthique, culturelle et génétique de la personne ;
- prévenir l'effet nocebo en informant de son existence pour minimiser ses effets. La manière d'aborder les risques et effets indésirables compte, en rassurant sur leur impact et évitant une attitude dramatisante des effets négatifs ;
- tenir compte des besoins d'information du patient et rentrer dans un processus délibératif de décision partagée, de consentement éclairé et d'éducation thérapeutique ;
- développer une relation thérapeutique empathique, chaleureuse, qui donne confiance tout évitant de tomber dans des excès de réassurances prématurés ou irréalistes ;
- développer des études sur la façon d'optimiser l'effet placebo et de minimiser l'effet nocebo.

Références

[1] Boussageon R. L'effet placebo : le coté obscur de l'essai clinique contrôlé. In: Placebo, le remède des remèdes. Lyon: CEI Jacques André ; 2008. p. 107–34.

[2] Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. N Engl J Med 2001 ;344(21):1594–602. Erratum in N Engl J Med 2001 ;345(4):304.

[3] Peiris N, Blasini M, Wright T, Colloca L. The placebo phenomenon: a narrow focus on psychological models. Perspect Biol Med 2018 ;3(61):388–400.

[4] Koban L, Jepma M, Geuter S, WagerT. What's in a word? How instructions, suggestions, and social information change pain and emotion. Neurosci Biobehav Rev 2017 ;81:29–42.

[5] Zion S, Crum A. Mindsets Matter. A new framework for harnessing the placebo effect in modern medicine. Int Rev Neurobiol 2018 ;138:137–60.

[6] Frankl V. Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie. Montréal: Les éditions de l'Homme, Actualisation ; 1988. p. 164.

[7] Doering B, Glombiewski J, Rief W, et al. Expectation-focused psychotherapy to improve clinical outcomes. Int Rev Neurobiol 2018 ;138:257–70.

[8] Rief W, Shedden-Mora MC, Laferton J, et al. Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: results of the randomized controlled PSY-HEART trial. BMC Medicine 2017 ;15:1–4.

[9] Wampold B. The therapeutic value of the relationship for placebo effects and other healing practices. Int Rev Neurobiol 2018 ;139:191–210.

[10] Brody H, Waters DB. Diagnosis is treatment. J Fam Pract 1980 ;10:445–9.

[11] Howick J, Moscrop A, Mebius A, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. J R Soc Med 2018 ;111(7):240–52.

[12] Moreau A, Gilles de la Londe J, Ferrat E, Vallot S, Vincent R, Aubin-Auger I. L'approche centrée patient. À propos d'une situation clinique en médecine générale. exercer 2019 ;147:167–74.

[13] Evers A, Colloca L, Blease C, et al. Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: expert consensus. Psychother Psychosom 2018 ;87:204–10.

Chapitre 11

Questions éthiques pour le médecin généraliste

Cédric Rat, Adeline Jouannin

PLAN DU CHAPITRE

Autonomie 77
Incertitude 78
Le médecin généraliste à la croisée d'enjeux individuels et collectifs. 79
Le normal et le pathologique 80
Fin de vie et dignité de la personne. 80
Professionnalisme. 82
Accès aux soins 83
Conclusion. 84

L'éthique en santé est souvent abordée par le législateur ou les médias par le prisme de la bioéthique, posant des questions sur l'évolution et les limites à fixer au corps médical dans un contexte de nouvelles prouesses technologiques et scientifiques. L'exercice de la médecine générale ne suscite pas les mêmes questions mais impose très régulièrement un travail de réflexion sur la pratique. Place de l'autonomie, des préférences et choix des patients, gestion de l'incertitude, conflits entre enjeux individuels et collectifs, seuils et définition du normal et du pathologique, fin de vie et dignité de la personne, professionnalisme : ce chapitre propose de parcourir des problématiques éthiques courantes pour le médecin généraliste.

Connaître les principes d'éthique tels que décrits par Beauchamp et Childress (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie, justice) aide à structurer la réflexion éthique du médecin généraliste.

Autonomie

La question de l'autonomie est au cœur des différents modèles de décision mobilisés par les médecins généralistes (l'approche centrée sur le patient, le modèle de la décision partagée, le modèle de l'*evidence-based medicine*) [1]. En droit, l'autonomie du patient dans les décisions de santé a été affirmée avec force par le législateur : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* [10]. »

Au quotidien, les patients font valoir leur autonomie bien naturellement lors des consultations du médecin généraliste : ils font valoir leurs préférences, discutent l'intérêt d'un traitement médicamenteux, refusent parfois l'hospitalisation ou la réalisation d'un examen complémentaire. Quand le médecin fait peu de cas des préférences et motivations de son patient, l'autonomie s'exprime parfois en creux, après la consultation, à travers le problème de l'observance. La décision de ne pas suivre une recommandation de soins s'impose ainsi au médecin a posteriori. L'observance est un sujet de vigilance régulièrement mis en avant, particulièrement chez les patients atteints de maladies chroniques nécessitant une prise en charge au long cours [2–4]. Elle relève de facteurs multiples. Les difficultés organisationnelles ou la négligence sont parfois au premier plan. Leur prise en compte est nécessaire lorsque le médecin généraliste tente de mobiliser les patients pour participer à des stratégies de dépistage des cancers [5]. Dans de nombreuses situations, les patients n'adhèrent simplement pas à la décision prise au terme de la consultation. Par exemple, un article du BMJ de 1999 montrait que près de 40 % des patients auxquels un médecin généraliste avait prescrit un antidépresseur n'étaient pas allés le chercher en pharmacie [6].

Le modèle des croyances en santé [7] est intéressant pour le médecin généraliste, car il permet de préciser les déterminants d'un comportement de santé. Il peut l'aider à explorer, avec son patient, les différents facteurs concourant à sa prise de décision. L'enjeu est de favoriser une prise de décision authentiquement autonome, reposant sur une explicitation des valeurs et déterminants du côté du patient. Avec des habiletés communicationnelles comme celles utilisées dans l'entretien motivationnel, le médecin généraliste aborde la susceptibilité perçue à la maladie, la gravité perçue, la menace perçue, les connaissances sur la maladie et des déterminants plus complexes comme la personnalité du patient, l'influence des pairs ou l'expérience préalable de la maladie (figure 11.1).

[10] Code de la santé publique, art. L. 1111-4 « Informations des usagers du système de santé et expression de leur volonté ».

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

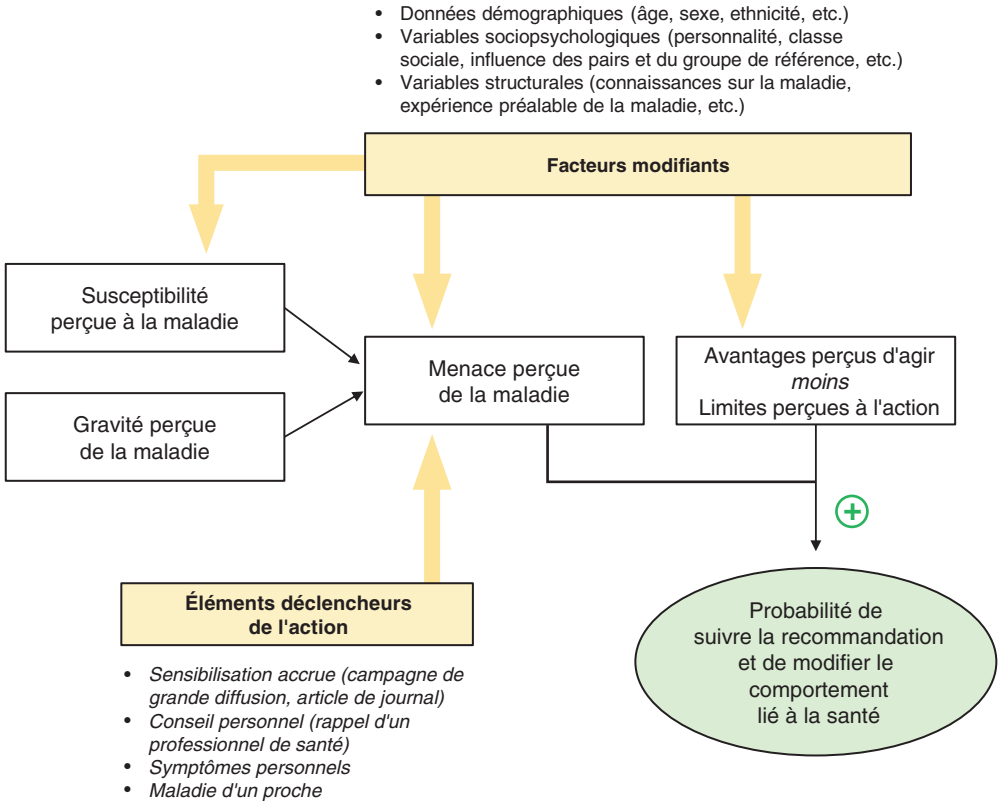


Fig. 11.1 Modèle des croyances en santé, d'après Rosenstock (1966). *(Source : PUBSOCIALE.COM. Modèle des croyances liées à la santé; d'après : Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. Health Communication 2010;25(8):661–9.)*

Incertitude

L'incertitude est une caractéristique de l'exercice de la médecine générale.

Le médecin généraliste ne dispose pas toujours de données scientifiques robustes, alors même qu'il doit prendre une décision au terme de sa consultation. Géraldine Bloy a décrit comment les généralistes sont régulièrement confrontés aux limites propres de la connaissance médicale [8]. Certaines questions et plaintes formulées au cabinet de médecine générale n'obtiennent pas de réponses dans le cadre du savoir biomédical même le plus actuel. L'insuffisance de données est un sujet bien connu des scientifiques qui concluent de nombreuses revues de littérature en soulignant la nécessité de multiplier les travaux [9] ! Elle est par ailleurs inhérente à la pratique de la médecine générale, médecine de premier recours, d'un côté, recevant des patients non sélectionnés — quand les médecins d'autres spécialités reçoivent des patients adressés au regard de l'intérêt attendu de l'avis spécialisé —, médecine du soin au long cours, d'un autre côté, pour des patients présentant des symptômes et plaintes non expliqués au terme de multiples explorations.

L'absence de réponse est aussi liée à la difficulté de mise en place d'études de qualité scientifique indiscutable, permettant de conclure de façon définitive. La difficulté à conclure sur l'existence ou non d'un bénéfice associé au dépistage systématique du cancer de la prostate entre 50 et 74 ans est à cet égard une controverse typique, ceci malgré la mise en place de deux essais comparatifs de grande ampleur [10, 11]. C'est la raison pour laquelle la HAS ou la *United States Preventive Taskforce* ont été amenées à mettre en avant la nécessité d'une décision partagée entre le médecin et le patient sur ce sujet.

L'incertitude persiste in fine lorsque le médecin dispose paradoxalement de données scientifiques robustes à l'échelle des populations. Au moment de la prise de décision, la difficulté réside dans la nécessité de décider pour *un* patient dans sa singularité à partir de données scientifiques populationnelles. Historiquement, cette difficulté a été illustrée par Hook et al. [12]. Ils ont proposé en 1983 une illustration graphique pour le praticien en situation d'expliquer à une femme enceinte de 39 ans le risque de trisomie 21 et la décision à prendre de réaliser (ou non) une amniocentèse. Jusqu'aux évolutions récentes concluant de façon certaine à partir d'un simple prélèvement de sang fœtal, il n'était pas possible pour le praticien de donner à sa patiente l'information qu'elle attendait : savoir si elle est porteuse (ou non) d'un fœtus ayant une anomalie chromosomique. Une adaptation de la figure initialement proposée par Hook a été publiée en français (figure 11.2).

Ce type de présentation a depuis été largement repris par divers auteurs abordant la problématique du risque. Malgré une rigueur scientifique indiscutable et un intérêt pour représenter le risque lors d'une consultation avec un patient, ces présentations ne résolvent pas la problématique princi-

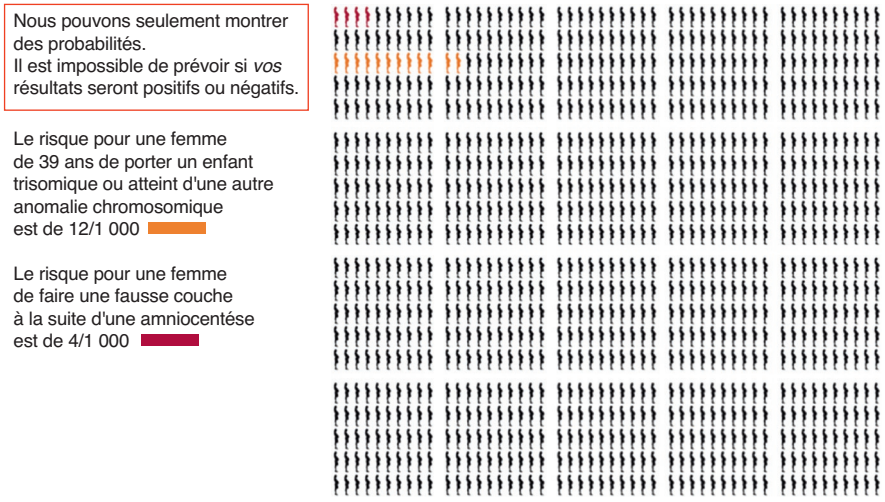


Fig. 11.2 Figuration du risque pour une femme enceinte de 39 ans de porter un fœtus atteint d'une anomalie chromosomique. *(Source : Rat C, Cornuz J, Huas C, Aubin-Auger I, Partouche H, Rousseau R, Boussageon R. Dépistage : comment communiquer sur le risque ? exercer 2016;128:262–9. D'après : Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM. Chromosomal abnormality rates at amniocentesis and in live-born infants. JAMA 1983;249(15):2034–8.)*

pale à laquelle est confronté le médecin généraliste : il ne lui est pas possible de déterminer avec certitude et de façon individuelle la survenue ou non d'un événement de santé pour un patient qui le consulte. Si l'on s'intéresse au risque cardiovasculaire, des outils comme ceux de la Mayo Clinic permettent de transposer de la façon la plus pédagogique et la plus fidèle le bénéfice d'un traitement par statines pour un patient[11]. Toutefois, recourir à ces outils avec un patient en situation de consultation renvoie aussi le médecin généraliste à la limite de la médecine qu'il exerce : il doit décider sur des données faisant état de probabilités, le plus souvent pour intervenir sur un risque faible, pour éviter des événements dont l'échéance de survenue est envisagée à l'échelle de plusieurs années. Dans cette médecine portant sur des risques faibles, le « nombre de sujets à traiter » (NNT) pour éviter un événement est le plus souvent élevé, ce qui signifie que la majorité des patients auxquels le médecin généraliste propose une prise en charge n'en tireront pas personnellement bénéfice.

Le médecin généraliste à la croisée d'enjeux individuels et collectifs

Professionnel de soins intervenant dans le cadre du colloque singulier, le médecin généraliste est aussi un acteur de soins mobilisé autour d'enjeux de santé publique. C'est par exemple à ce titre qu'il a pour charge la déclaration de maladies à caractère transmissible[12]. Les tensions éthiques interviennent en consultation de médecine générale quand les décisions nécessaires dans une perspective collective (au titre de l'intérêt pour la société) entrent en conflit avec les valeurs et préférences du patient.

Le médecin généraliste met régulièrement en avant la problématique de l'allocation des ressources : parfois pour des raisons médico-économiques, parfois pour des raisons d'accessibilité de l'offre de soins. Les sollicitations de patients demandeurs d'examens complémentaires sont quotidiennes : demandes d'IRM dans le cadre d'exploration de pathologies de l'appareil locomoteur, demandes de biologies hors de tout cadre de recommandations. Dans ces situations, principes de bienfaisance (diagnostiquer mieux, plus tôt, avec plus de certitude) et préférences des patients plaident alors pour la réalisation de tels examens. À l'inverse, le médecin généraliste fait fréquemment valoir la vigilance nécessaire au regard du principe de non-malfaisance dès lors que la gestion de résultats anormaux découverts de façon fortuite est toujours extrêmement complexe [13]. Toutefois, la limitation des examens complémentaires relève aussi de la nécessaire application du principe de justice dans un contexte de moyens limités.

Dans d'autres situations, l'évaluation du risque à l'échelle collective pèse dans la décision que prend le médecin généraliste face à son patient en consultation. La pandémie COVID-19 a amené une lumière particulière sur ces situations devenues quotidiennes, où il s'agit d'imposer l'isolement à des patients asymptomatiques ou simples cas contacts, où il s'agit de convaincre les patients de se faire vacciner alors même qu'ils ne sont pas eux-mêmes à risque de forme grave de COVID-19. Les enjeux collectifs sont aussi au premier plan dans la lutte contre le recours excessif à la prescription d'antibiotiques. Les effets adverses du recours à l'antibiothérapie peuvent bien sûr concerner un patient à titre individuel, mais c'est essentiellement au nom de la lutte contre l'antibiorésistance dans une perspective beaucoup plus globale que le médecin généraliste est amené à limiter les prescriptions.

Au quotidien, les situations d'incompréhension les plus marquées interviennent lorsque l'enjeu collectif est mis en avant à l'échelle des politiques de santé publique alors que la problématique de santé ne semble concerner le patient que de façon strictement individuelle. Ainsi, le fait que la rémunération des médecins généralistes dépende de

[11] https://statindecisionaid.mayoclinic.org/.

[12] Code de la santé publique, art. L. 3113-1 « Transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire ».

l'atteinte d'objectifs de santé publique peut parfois susciter des questions éthiques. Dans la perspective du patient, comment comprendre qu'il y ait des objectifs de participation au dépistage des cancers alors que ces pathologies ne comportent aucun caractère transmissible ? Comment comprendre le rôle de l'incitation financière auprès du médecin généraliste ? S'agit-il de peser dans sa communication avec les patients ? de modifier ainsi les choix et comportements des patients ?

Le normal et le pathologique

Georges Canguilhem a proposé deux modalités pour définir le normal et en miroir ce qui est anormal [14]. La première modalité pour définir le normal réfère pour Canguilhem à la loi normale (une loi statistique) : est normal ce qui entre dans la moyenne, est anormal ce qui relève de l'exception statistique. La seconde modalité réfère à la dimension normative de la norme : est normal ce qui est conforme au fonctionnement attendu, l'anormal étant défini par défaut comme un état réduisant la qualité du fonctionnement d'un organe. Dans cette deuxième acception, Canguilhem convient qu'en médecine il faut alors se référer au patient qui seul peut spécifier le caractère gênant ou problématique d'un état que la médecine définirait comme « anormal ».

Ces propositions de définition du normal et du pathologique interrogent nos pratiques aujourd'hui, alors que l'on assiste à une multiplication de seuils définissant autant de normes, que l'on mesure toujours plus de marqueurs biologiques qui reviennent parfois en excès, parfois en défaut par rapport à des valeurs de référence. Les modalités selon lesquelles sont établies ces valeurs de référence posent un problème éthique. Nombre d'entre elles ne relèvent ni de la première définition du normal proposée par Canguilhem, ni de la seconde. Quand 36 % à 51 % des patients auraient des cellules cancéreuses dans la prostate au-delà de 70 ans, quand 85 % des personnes âgées auraient un taux de vitamine D inférieur au seuil normal de 30 ng/ml, quand l'ensemble des femmes ayant un projet de grossesse devraient bénéficier d'un traitement par acide folique, de quelle anomalie statistique parle-t-on pour définir le normal et le pathologique ? De quelle gêne fonctionnelle parle-t-on pour le patient ?

Fin de vie et dignité de la personne

Douleur

Des plans nationaux pluriannuels sur la douleur et la fin de vie ont été initiés par les pouvoirs publics au cours des dernières décennies. Ce n'est qu'en 1975 que les premières consultations d'évaluation et de traitement de la douleur ont été créées en France à l'initiative de médecins, puis un premier centre multidisciplinaire en 1980. En 1991, un premier groupe de travail sur la douleur est constitué à la demande de la Direction générale de la Santé (DGS). Le nouveau Code de déontologie médicale en 1995, précise qu'« *en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade* »[13].

En 1994, un sondage SOFRES, cité par le rapport Neuwirth [15], indiquait que 60 % des personnes interrogées jugeaient que la douleur était bien prise en charge à domicile ou à l'hôpital. Parmi elles, seules 48 % de celles qui avaient été confrontées à la douleur estimaient ne pas avoir été convenablement prises en charge à domicile.

Fort de ce constat, le premier Plan national de lutte contre la douleur (1998–2002) avait pour objectif d'entraîner un changement de culture professionnelle : « *La douleur ne doit plus être une fatalité.* » Il a été suivi de près par le second Plan national de lutte contre la douleur (2002–2005), qui faisait le constat positif du changement des mentalités quant à la douleur. Les améliorations de la prise en soin des mêmes plans prévoyaient le soutien des familles et la mise en adéquation de la formation des professionnels de santé avec les attendus en matière de prise en charge de la douleur, comme facteurs de bientraitance.

Ainsi, les bonnes pratiques professionnelles de lutte contre la douleur ont émergé au cours des trente dernières années. Le thème de la prise en charge de la douleur est devenu incontournable et fondamental, régi par des règles professionnelles et déontologiques fortes. Dans l'imaginaire collectif des soignants, la douleur est alors passée d'une condition de santé inéluctable à un combat médicalisé qu'ils pouvaient gagner contre la maladie, aussi incurable soit-elle.

Plus tard, l'article R. 4127-37 du Code de la santé publique dispose : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.* »

Chaque malade doit être soulagé au mieux de sa douleur, avec les moyens les plus adaptés, dans le respect du cadre légal en vigueur. Le médecin généraliste dans l'exercice de son métier dispose d'une place centrale dans cet accompagnement. Il est le relais de confiance des patients et de leurs familles, le prisme médical et l'oreille attentive d'une souffrance humaine face à la mort, dans l'intimité des familles.

Dignité dans la fin de vie

La douleur n'est plus inéluctable. Elle a cédé sa place d'objectif prioritaire sociétal au concept du « bien-mourir ». La loi du 9 juin 1999[14] a consacré l'obligation de mettre en œuvre des soins palliatifs. Cette loi donne également une place importante aux actions de bénévoles dans la pratique des soins palliatifs et leur attribue un statut légal. Michel Castra écrit en 2010 au sujet de la fin de vie et de l'orientation sociétale vers les soins palliatifs, qu'il s'agit d'une « *réhabilitation du temps du mourir* » [16]. Cette dimension du « *temps de mourir* » semble paradoxale en comparaison avec « *l'aliéna-*

[13] Décret nº 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le Code de déontologie médicale.

[14] Loi nº 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

tion et accélération » [17] de nos rythmes de vies, l'impression de « *manque de temps permanent* », telle que décrite à la même époque par Hartmut Rosa, sociologue allemand.

Parallèlement aux plans de lutte contre la douleur, depuis l'an 2000 les plans nationaux de lutte contre le cancer se succèdent, insistant sur l'amélioration des conditions de la fin de vie. Le dernier Plan cancer en date (2014–2019) met l'accent sur l'accompagnement des enfants et des adolescents à travers la maladie et la mort, et aussi celui des familles, des proches. Ces objectifs privilégiés mettent en lumière les difficultés sociétales et anthropologiques rencontrées lorsqu'il s'agit de perdre un enfant ou un proche n'étant pas « en âge de mourir ». Ils reflètent également une forme de conscience collective du deuil des proches, du besoin de reconnaissance de la séparation, et d'un accompagnement [18]. En ce sens, le droit français prévoit un congé de solidarité familiale destiné aux familles souhaitant accompagner leurs mourants, dans le contexte d'une population vieillissante.

La dignité et la mort

La loi du 4 mars 2002 a précisé les textes : « *Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement*[15]. » Cette loi a affirmé le devoir des professionnels de mettre en œuvre « *tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort* »[16].

Plus tard, en avril 2005, la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie[17], dite Loi Leonetti, a introduit une série de dispositions majeures, autorisant des arrêts thérapeutiques, prohibant l'obstination déraisonnable, sans dépénaliser l'euthanasie. Deux objectifs étaient alors poursuivis : d'une part, éviter des traitements inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre objet que le maintien artificiel de la vie et, d'autre part, faciliter le passage des soins curatif aux soins palliatifs, en l'absence de perspective de guérison.

La loi du 2 février 2016 sur la fin de vie[18] affirme que toute personne a le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. La loi française dispose que les patients ont « *le droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès associé à une analgésie* ». L'objectif est de soulager une personne malade qui présente une situation de souffrance vécue comme insupportable alors que le décès est imminent et inévitable. Il demeure interdit en France de provoquer la mort intentionnellement[19].

Illustrant la difficulté majeure de la décision du passage des soins curatifs aux soins palliatifs, l'affaire Vincent Lambert a illustré les implications pratiques des dissensus intrafamiliaux quant à l'appréciation du temps de « la fin de vie » et de ce que peut être une « obstination déraisonnable ». Le médecin généraliste constate les conflits internes aux familles. Son apport humain dans l'écoute et la médiation sont fondamentaux, au même titre que l'information éclairée qu'il doit délivrer aux familles quand elles sont parties prenantes des décisions. Son approche scientifique et raisonnée de la place du curseur des soins « déraisonnables » entre la vie et la mort, ainsi que la connaissance intime de son patient sont mises à disposition sur la balance bénéfices-risques pré-mortem, afin de trouver un consensus acceptable. Dans tous les cas, la décision d'arrêt de traitement reste médicale, ainsi que la responsabilité qui en découle.

Au mieux, le médecin généraliste prévoit d'accompagner son patient dans la rédaction de ses directives anticipées qui servent en temps utile d'éclairage à chaque situation dans sa singularité, au cas où le patient serait incapable d'exprimer sa volonté. Le Code de la santé publique prévoit explicitement que le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées[20].

Afin d'illustrer la difficulté à mettre en adéquation les moyens et les objectifs de sédation dans la réalité de la pratique, tout en respectant le cadre légal, nous évoquons une affaire récente. En 2020, le Dr Méheut, médecin généraliste, a été mis en examen pour administration de substance nuisible ayant entraîné la mort de personnes vulnérables, sans intention de la donner, après avoir administré (hors AMM) du midazolam (médicament dont l'usage était alors réservé aux hôpitaux) dans des conditions de fin de vie. Cette affaire a soulevé publiquement la problématique majeure de la clarification des recommandations de bonne pratique en matière de prise en charge de la fin de vie par les médecins généralistes au domicile. La position de confiance du médecin généraliste auprès des patients et des familles semble propice à l'accompagnement de la fin de vie et au soulagement des douleurs à domicile. Malgré son obligation légale de prodiguer des soins antalgiques, cette affaire souligne que le cadre des règles de prescription effectives en 2020 ne permettait pas au médecin généraliste la mise en place autonome d'une sédation profonde et continue au domicile dans les conditions de pharmacopée hospitalières.

D'après la Loi Leonetti, la sédation vise à soulager le malade d'une souffrance réfractaire et non pas à le faire mourir. Les effets puissants des produits utilisés doivent être réversibles à l'arrêt de ces mêmes produits. La HAS a précisé en 2018 que la sédation palliative se distingue de l'euthanasie par l'intention, les moyens mis en œuvre pour atteindre le résultat, la réversibilité du traitement, la temporalité du décès et la légalité de la procédure [19]. À la suite de cette affaire, un arrêté est paru le 17 décembre 2021 au *Journal Officiel* autorisant l'usage du midazolam en ambulatoire par les médecins généralistes. En novembre 2021, la HAS a précisé que dans l'indication de sédation en soins palliatifs, comprenant la sédation proportionnée et la sédation profonde et continue, le midazolam est un médicament de première intention en ville comme à l'hôpital. Selon ses recommandations de bonne pratique : « *La sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès, sa réalisation à domicile nécessite systématiquement l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs.* » De même, le soulagement du patient, la profondeur de la sédation et l'apparition d'éventuels effets indésirables

[15] Loi nº 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[16] Code de la santé publique, art. L. 1110-5.
[17] Loi nº 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
[18] Loi nº 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
[19] Loi nº 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[20] Art. L. 1111-11 du Code de la santé publique

en lien avec ce produit doivent être réévalués à l'échelle horaire, ce qui rend la procédure difficilement réalisable par le généraliste à domicile. Ainsi, si l'utilisation du midazolam est désormais permise en ambulatoire par la loi, la faisabilité opérationnelle de la sédation par le médecin généraliste à domicile reste compliquée et inégale par rapport à celle pratiquée à l'hôpital. En support, des structures comme l'hospitalisation à domicile (HAD) sont des relais fiables et autorisés à pratiquer ces sédations au domicile des patients. Dans tous les cas, la décision collégiale de limitation des soins ou de la mise en place d'une sédation profonde et continue en réunion de concertation est recommandée et semble le meilleur rempart pour le praticien et les familles.

Concept du « droit à mourir »

La Déclaration universelle des droits de l'Homme de l'ONU de 1948 dispose que (art. 3) « *tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne* ». En miroir, certains invoquent un « droit à mourir » décliné sous forme de trois droits : un droit aux soins palliatifs, un droit de refuser des traitements, un droit au suicide assisté ou à l'euthanasie [20]. Les débats bioéthiques de ces dernières années se sont attachés à délibérer ces sujets de société, qui ont inspiré les textes votés au fil des années. Jusqu'à aujourd'hui, le principe d'indisponibilité du corps humain demeure « *le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial* »[21], autrement dit : mon corps ne m'appartient pas, il n'appartient à personne d'autre, il est « protégé » — je ne peux donc pas demander à l'euthanasier. Ainsi, au-delà des considérations culturelles ou religieuses éventuelles, l'euthanasie et le suicide assisté demeurent interdits par la loi française.

L'association pour le droit de mourir dans la dignité est une association française fondée en 1980 par le Dr Pierre Simon, médecin. Elle prône « *le droit pour chacun d'avoir une fin de vie conforme à ses conceptions personnelles de dignité et de liberté* ». Elle milite en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté en France, qui sont autorisés dans certains pays limitrophes comme le Luxembourg, la Belgique ou encore la Suisse. Les ressortissants français peuvent actuellement bénéficier de ces pratiques à condition de pouvoir se rendre dans le territoire concerné par une telle législation et également de pouvoir financer l'intervention. Ces deux conditions créent des inégalités géographiques et économiques entre les citoyens français, dénoncées par l'association. La responsabilité de l'État dans l'égalité d'accès des citoyens à des pratiques illégales dans leur propre pays semble ici difficile à invoquer. Le législateur et le processus démocratique et citoyen de promulgation des lois prennent en revanche ici toute leur place. Ils revêtent leur dimension citoyenne collective de choix de société évolutifs, synchrones de l'évolution des mœurs sur un territoire.

Dignité après la mort, à l'ère du numérique

Martin Julier-Costes, sociologue, écrit en 2016 au sujet de la mort et du deuil qu'il existe des « *invariants anthropologiques* » qui révéleraient toujours une « *recherche de sens : rassembler les vivants, garder des traces du mort, le localiser et maintenir une relation avec lui* » [21]. Cet auteur intègre une réflexion socio-anthropologique novatrice du deuil chez les jeunes à l'ère du numérique. En illustrant la complexité du *deuil d'une e-personne* et les conséquences du deuil d'une « personne virtuelle » pour les vivants, l'auteur bouscule les représentations antérieures. Au-delà, ce type de travail soulève l'importance d'une réflexion éthique incontournable sur « l'identité numérique » [22] des individus, qui persiste après leur mort. Cette réflexion prend source dans le cadre légal en vigueur autour du droit fondamental de la protection des données à caractère personnel.

Professionnalisme

« *Le professionnalisme est la base du contrat de la médecine avec la société* [23]. »

Le professionnalisme médical couvre un ensemble de valeurs et de comportements propres à notre profession. Traditionnellement, le serment d'Hippocrate est prononcé par chaque médecin qui obtient l'autorisation d'exercer, et celui-ci est reconnu par ses pairs à travers ce rituel de passage.

Les défis actuels de la profession médicale émanent de l'inadéquation entre les besoins des patients et les ressources disponibles pour y répondre. L'industrie tente de répondre à une commande sociétale et aussi de la créer. Elle influence les médecins prescripteurs [24] et risque de porter atteinte à l'intégrité du corps médical. Les principes du professionnalisme sont des fondamentaux réaffirmant l'engagement personnel des médecins pour le bien-être de leurs patients et pour l'intégrité de la discipline médicale. Ces principes incluent la dimension économique globale et collective visant à améliorer le système de santé financé par la solidarité nationale en France.

En 2002, deux revues médicales, le *Lancet* [25] et les *Annals of Internal Medicine* [23], ont publié une même « Charte du professionnalisme », fruit des travaux d'associations de médecins européens et nord-américains. Cette charte repose sur trois principes fondamentaux : la primauté du bien-être des patients, de leur autonomie et de la justice sociale. Ces principes entraînent dix responsabilités professionnelles, comme gages de compétence et d'intégrité. Cette charte engage activement les médecins notamment à la distribution équitable des ressources qui sont limitées. Elle met l'accent sur le recours aux soins dont l'efficacité a été prouvée, en faveur de l'EBM, au nom du principe de justice sociale : « *La prestation de services inutiles expose non seulement ses patients à des préjudices et à des dépenses évitables, mais diminue également les ressources disponibles pour les autres* [23]. » Les médecins doivent travailler activement à éliminer la discrimination dans les soins de santé. L'amélioration de l'accès aux soins, en termes économiques et sociaux, constitue également un pendant fort de la justice sociale. La compétence professionnelle, la mise à niveau des connaissances et l'indépendance sont autant de points de vigilance édictés par la charte.

Le professionnalisme exige donc d'établir et de maintenir des standards de compétence et d'intégrité. Pour maintenir

[21] Code civil, art. 16.

le contrat médecin-patient-société, la confiance du grand public envers les médecins doit être consolidée. Il s'agit d'un enjeu majeur engageant les médecins à l'échelle individuelle, et également l'échelle collective au sein de leur communauté.

Le professionnalisme médical au nouveau millénaire : une charte des médecins

Principes

- Principe de primauté du bien-être du patient.
- Principe d'autonomie du patient.
- Principe de justice sociale.

Responsabilités professionnelles

- Engagement en matière de compétence professionnelle.
- Engagement à l'honnêteté avec les patients.
- Engagement à la confidentialité envers les patients.
- Engagement à maintenir des relations appropriées avec les patients.
- Engagement à améliorer la qualité des soins.
- Engagement à améliorer l'accès aux soins.
- Engagement pour une juste répartition des ressources finies.
- Engagement à développer la connaissance scientifique.
- Engagement à maintenir la confiance en gérant les conflits d'intérêts.
- Engagement à l'égard des pratiques professionnelles.

(Adapté de : American College of Physicians. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med 200 ;136:243–6.)

Accès aux soins

La question de l'équité de l'accès aux soins, dans le contexte français actuel, met en tension le principe éthique de justice.

En 2019, la DREES constate que 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir [26]. Ces impressions sont largement corroborées par les modèles de progression publiés par la DREES en mars 2021 [27]. La démographie médicale est actuellement en inadéquation avec les besoins populationnels sur le territoire et, d'après ces modèles, le problème va se majorer dans les années à venir, en particulier pour la médecine générale. Le « zonage médecin » a été mis en place à la suite de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Les agences régionales de santé déterminent les zones sous-dotées en médecins.

Selon le premier rapport, 8 médecins généralistes sur 10 ont des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Les médecins généralistes déclarent alors allonger leurs journées de travail ou encore refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant. La première modalité d'adaptation interroge sa pérennité et le risque de burn-out des médecins concernés. Est-il acceptable pour la société d'augmenter l'offre de soins au détriment de la santé des médecins qui les pratiquent ? La seconde interroge directement la possibilité d'accès à un suivi de médecine générale pour les patients dépourvus de médecin traitant.

En appui des médecins traitants en première ligne, des structures de médecine ambulatoire comme SOS médecins se déploient. Elles contribuent en journée à répondre à la demande de soins non programmés des centres urbains et périurbains, et la nuit à renforcer la garde ambulatoire sur le même secteur. Cependant, ces associations sont réparties de façon inégale sur le territoire français et ne concernent pas les zones géographiques sous-dotées. De plus, leur champ d'action ne couvre pas les problématiques du suivi, du dépistage, ni de la prévention, capitales en médecine générale pour la santé des populations au long cours.

Nos collègues infirmiers libéraux répondent également à l'appel et contribuent à soulager la charge des médecins traitants, en visite et soins à domicile avec des habilitations qui se diversifient. Leur maillage territorial fort, comme celui des généralistes, est un atout majeur qu'il faudra préserver et intégrer pour maintenir un accès aux soins le plus équitable possible sur le territoire.

En lien avec la démographie médicale, au-delà de la médecine générale, la prise en charge n'est pas fluide, même pour les patients suivis. En effet, trois généralistes sur quatre ont également des difficultés à trouver des confrères spécialistes d'organes pour assurer leur prise en charge d'aval. La problématique de l'égalité d'accès aux soins sur le territoire est donc majeure et multifactorielle. Dans cette perspective, les médecins généralistes s'adaptent [26]. Ils rejoignent des structures d'exercice coordonné et s'orientent vers l'éducation thérapeutique de leurs patients qui vise à « *aider ces derniers à acquérir ou maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » d'après la définition de l'OMS. Au-delà, ils développent leurs compétences (3 médecins sur 10) dans les domaines sensibles (pédiatrie, gynécologie, gériatrie, etc.) à effectifs réduits, pour remédier aux manques [13].

La téléconsultation, présentée comme une réponse à la désertification médicale et comme un facteur d'accès aux soins, est remboursée par l'Assurance Maladie depuis 2018. Elle s'est largement développée dans le contexte de pandémie mondiale COVID-19. L'étude de la DREES réalisée pendant le premier confinement [28] révèle qu'un tiers des médecins généralistes considèrent que l'utilisation des outils de la télémédecine n'est pas une solution idéale pour prendre en charge les patients résidant dans des zones à faible densité médicale. Plusieurs composantes telles que l'équipement des patients, la connexion internet, les dimensions culturelles et de technophilie, l'illectronisme ou simplement les limites diagnostiques et cliniques inhérentes à la téléconsultation [29] sont autant d'obstacles à l'accès aux soins par cette voie. La « fracture numérique » [30] de la société, traduisant les inégalités d'accès et d'usage à la technologie de l'information et de la communication, rend inéquitable l'accès à ce mode de consultation. Par ailleurs, la téléconsultation ne permettant pas l'examen clinique médical, elle ne couvre pas le même champ clinique et diagnostique que la consultation présentielle. En l'état, la téléconsultation de médecine générale diversifie l'offre de soins, mais ne la majore pas en quantité.

La problématique de l'égalité d'accès aux soins demeure sur le territoire français, notamment en zone sous dotée. L'urgence de la situation requiert des décisions sociétales fortes et des actions d'envergures portées par les institutions, afin de réadapter la stratégie nationale à la réalité du terrain et, avant tout, à celle des patients.

Conclusion

Dans une société en perpétuel mouvement, a fortiori en période de pandémie, la coordination des soins orchestrée par le médecin généraliste est un pilier fondamental de la santé des populations. L'exercice médical est ponctué de doutes que les connaissances actualisées de la science ne permettent pas de lever, et de conflits de valeurs pour lesquels la loi ne permet pas toujours au praticien de trancher. Celui-ci fait alors appel à une réflexion pour fonder son choix. Elle peut être orientée par la boussole du principisme qui permet a minima d'interroger les quatre principes suivant : la justice, l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance. La réflexion éthique intègre à la fois l'échelle individuelle et l'échelle collective, sociétale.

Dans une société où la technologie, l'intelligence artificielle et, demain, le *machine-learning* prennent une place croissante, le médecin généraliste traite des individus, uniques, dans des situations singulières. La réflexion éthique qui guide ses décisions lui permet d'assumer la responsabilité de décisions médicales en tant que professionnel et en tant que personne.

Références

[1] Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. BMJ Evidence-Based Medicine 2002;7:36–8.

[2] World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [En ligne]. Genève, Suisse; 2003. Disponible sur: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1.

[3] Janjua S, Pike KC, Carr R, Coles A, Fortescue R, Batavia M. Interventions to improve adherence to pharmacological therapy for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Cochrane Database Syst Rev 2021;9(9):CD013381.

[4] Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2017;96(4), e5641.

[5] Rat C, Latour C, Rousseau R, Gaultier A, Pogu C, Edwards A, Nguyen JM. Interventions to increase uptake of faecal tests for colorectal cancer screening: a systematic review. Eur J Cancer Prev 2018;27(3):227–36.

[6] Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised con-trolled trial. Br Med J 1999;319:612–5.

[7] Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. Health Communication 2010;25(8):661–9.

[8] Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et santé 2008;26:67–91.

[9] Baandrup L, Ebdrup BH, Rasmussen JØ, Lindschou J, Gluud C, Glenthøj BY. Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. Cochrane Database Syst Rev 2018;3, CD011481.

[10] Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. ERSPC Investigators. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. N Engl J Med 2012;366(11):981–90. Erratum in: N Engl J Med 2012;366(22):2137.

[11] Shoag JE, Mittal S, Hu JC. Reevaluating PSA testing rates in the PLCO trial. N Engl J Med 2016;374(18):1795–6.

[12] Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM. Chromosomal abnormality rates at amniocentesis and in live-born infants. JAMA 1983;249(15):2034–8.

[13] Urbanczyk C, Desal H, Ibrahim MR, Guillon B. Découverte fortuite d'une lésion intracrânienne en imagerie par résonance magnétique. Rev Neurol (Paris) 2005;161(8-9):862–7.

[14] Canguilhem G Le. Normal et le Pathologique. 12e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2015 (12e édition). 294 p.

[15] Neuwirth PML. Rapport d'information, fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les problèmes posés, en France, par le traitement de la douleur. Sénat, 1994223 Report nº 38.

[16] Castra M. L'émergence d'une nouvelle conception du « bien mourir ». Revue Internationale de Soins palliatifs 2010;25:14–7.

[17] Rosa H. Politique, histoire et vitesse du changement social : Vers une théorie critique de l'accélération sociale. Le Genre humain 2010;49:105–13.

[18] Veyrié N. La mort d'un être cher. Dialogue 2014;205:73–84.

[19] Haute Autorité de santé. Parcours de soins : Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Différence entre sédation et euthanasie. 2018.

[20] Rameix S. The right to die. Gérontologie et société 2004;27108:97–111.

[21] Julier-Costes M. Socio-anthropologie du deuil chez les jeunes. La mort d'un-e ami-e à l'ère du numérique. In: Jeffrey D (éd.). Penser l'adolescence. Chapitre 9. Paris: Presses Universitaires de France; 2016. p. 125–36.

[22] Chambardon N. L'identité numérique de la Personne Humaine – Contribution à l'étude du droit fondamental à la protection des données à caractère personnel. Lyon: Université Lumière Lyon 2; Thèse doctorale. Droit public 2018.

[23] Medical Professionalism in the New Millennium. A Physician Charter. Ann Intern Med American College of Physicians 2002;136:243–6.

[24] Goupil B, Balusson F, Naudet F, Esvan M, Bastian B, Chapron A, Frouard P. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. BMJ 2019;367: l6015.

[25] Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet 2002;359:520–2.

[26] DREES. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études & résultats 2020;1140.

[27] Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES 2021;74.

[28] DREES. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? Études & Résultats 2020;1–5.

[29] Kludacz-Alessandri M, Hawrysz L, Korneta P, Gierszewska G, Pomaranik W, Walczak R. The impact of medical teleconsultations on general practitioner-patient communication during COVID- 19: A case study from Poland. PLOS ONE Public Library of Science 2021;16: e0254960.

[30] Granjon F. Les sociologies de la fracture numérique. Jalons critiques pour une revue de la littérature. Questions de communication Nancy: Presses universitaires de Nancy - Éditions universitaires de Lorraine; 2004. p. 217–32.

Les familles de situations de soins

Laurence Compagnon

La description du métier des médecins généralistes est complexe du fait de l'étendue du champ disciplinaire. Différentes méthodes ont été utilisées, ayant toutes des lacunes, pour atteindre une hypothétique exhaustivité. En les reprenant par ordre chronologique, elles définissent peu à peu, au fil du temps, la profession du médecin généraliste.

En 1999, l'association MGForm proposait un premier référentiel métier pour le médecin généraliste [1]. À travers différents chapitres, il tentait de décrire les tâches du médecin généraliste, à la fois au travers de ses activités cliniques et des activités de son organisation professionnelle et d'implication dans la discipline. Sur le plan de la clinique, des situations identifiées comme très prévalentes étaient décrites comme des activités et déclinées en tâches :

- Les activités liées aux types de situation clinique :
  - Cogérer le « capital santé » d'un patient.
  - Gérer la demande urgente.
  - Assurer la prise en charge d'un problème aigu.
  - Assurer la prise en charge d'une situation chronique.
  - Assurer la prise en charge d'une pathologie lourde à domicile.
  - Assurer le suivi d'un patient en situation complexe.
- Les activités liées au type de patient :
  - Assurer le suivi d'un enfant.
  - Assurer le suivi d'un adolescent.
  - Assurer le suivi d'une femme aux différentes étapes de la vie.
  - Assurer le suivi d'une personne âgée à domicile ou en institution.
  - Gérer une problématique familiale.

Si la WONCA Europe [2] définissait en 2002 le métier du médecin généraliste en énumérant ses compétences nécessaires, elle n'induisait pas la reconnaissance de situations particulières pour les développer.

La SFMG, en 2004, a conduit une étude sur plus de 3 500 consultations de médecin généraliste pour en déterminer une typologie ; elle avait retenu onze classes [3] :

1. Consultation du nourrisson.
2. Consultation de l'adolescent.
3. Éducation dans le cadre d'une pathologie.
4. Apparition des pathologies des adultes mûrs.
5. Pathologies diverses de l'âge adulte (non chroniques).
6. Consultation de l'enfant.
7. Geste technique.
8. Prise en charge psychologique.
9. Recours et retour de recours.
10. Polypathologie.
11. Grande polypathologie.

Dans le référentiel métier et compétences de médecine générale [4] rédigé sous l'égide du CNGE en 2009, le choix des auteurs a été de décrire le cœur de métier à l'aide de seize situations prototypiques qui devaient, si elles étaient « *gérées avec pertinence par le médecin généraliste, (…) permettre d'inférer que ce médecin généraliste est compétent* ». Cette approche se justifiait, en se référant à Parent et Jouquan : « *La notion de problème prototypique renvoie à la représentativité des situations problèmes, que les problèmes en question permettent d'exploiter au regard de la dimension épidémiologique ou de leur expliquer l'exemplarité professionnelle ou scientifique* [5]. »

Ces seize situations prototypiques (cf. encadré) permettaient d'entrevoir les tâches les plus prévalentes et s'organisaient chaque fois sur une trame des tâches plus transversales :

- Poser un diagnostic global de la situation.
- Élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient.
- Mettre en œuvre le projet thérapeutique.
- Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge.
- Effectuer un suivi en temps différé.

Les seize situations prototypiques du référentiel métier 2009

1. Patient asthénique.
2. Douleurs abdominales chez un adulte jeune signalées par un appel téléphonique.
3. Découverte et prise en charge d'un diabète de type 2 (50 ans).
4. Adolescente face à la contraception.
5. Hématurie aiguë isolée avec brûlures mictionnelles chez une femme de 40 ans.
6. Homme de 65 ans, obèse, polypathologique avec BPCO, HTA, épigastralgie et indications de prothèse pour gonarthrose.
7. Femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé.
8. Enfant de 20 mois « tout le temps malade » présentant une rhinopharyngite récurrente.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

9. Homme de 50 ans chaudronnier souffrant d'une pathologie invalidante post-accident du travail.
10. Homme alcoolo-tabagique de 48 ans venant de perdre son travail.
11. Consultation pour un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport.
12. Couple octogénaire sans plainte, femme avec trouble mnésique, homme hypertendu avec insuffisance cardiaque.
13. Homme de 70 ans avec un cancer du côlon métastatique traité à domicile.
14. Plainte somatique dans un contexte de conflit conjugal.
15. Patiente de 35 ans avec un tableau de dépression itérative.
16. Patient migrant accompagné, parlant mal le français.

L'observatoire de la médecine générale de la SMFG [6] montrait la même année comment travaillaient les médecins généralistes en organisant leur activité par type de résultat de consultation rencontrée et en fonction de leur prévalence. Les dix premiers résultats étaient, dans l'ordre, en 2009 :

1. HTA.
2. Examens systématiques et prévention.
3. Hyperlipidémie.
4. État fébrile.
5. Rhinopharyngite.
6. Vaccination.
7. État morbide afébrile.
8. Lombalgie.
9. Diabète de type 2.
10. Arthropathie et péri-arthropathie.

En 2011 a été lancée l'étude des Éléments de Consultation en Médecine Générale (ECOGEN) [7] qui a utilisé la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) pour décrire ce qui intervenait pendant les consultations des médecins généralistes maîtres de stage universitaire (MSU). Dans cette étude, les motifs de consultation les plus fréquents étaient :

- le renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 %) ;
- un épisode initié par dispensateur (9,4 %) ;
- une rencontre de suivi (5,7 %) ;
- une toux (4,8 %).

Par ailleurs, les résultats de consultation les plus fréquents étaient :

- les situations de prévention, dépistage et promotion de la santé (11,0 %) ;
- la prise en charge de l'HTA non compliquée (7,0 %) ;
- les infections aiguës des voies respiratoires hautes (4,1 %).

En 2013, en parallèle de la publication du référentiel de niveau de compétence pour le diplôme d'étude spécialisé (DES) de médecine général [8], un consensus d'experts de la discipline a publié le référentiel des grandes familles de situations cliniques devant permettre aux internes de médecine générale de construire six compétences durant leur cursus de formation initiale [9]. Cette proposition s'appuyait sur la définition de Jacques Tardif [1]⁰ : « *La compétence est un savoir agir en mobilisant et combinant des ressources internes et externes au sein d'une famille de situations.* » Tardif nous expliquait ainsi que « *cette idée de situation qui appartient à une même famille est de première importance parce qu'elle permet de délimiter non seulement le rayon d'action d'une compétence donnée mais aussi dans le cadre de formation les lieux de transfert des apprentissages* ». Ceci est renforcé en 2010 par X. Roegiers [11] : « *Nous avons vu qu'une compétence se définissait à travers la mobilisation intégrée de plusieurs ressources pour faire face à différentes situations significatives issues de la même famille.* »

Comment définir une telle famille de situations ? Jouquant et Parent nous proposent la définition suivante : « *Une famille de situations professionnelles regroupe un ensemble de situations professionnelles présentant suffisamment de caractéristiques communes relativement aux milieux concernés et aux tâches impliquées pour mobiliser des capacités et macro-capacités identiques ou similaires dans des conditions proches [5].* » Il s'agissait donc au départ pour les formateurs du DES de médecin générale de décrire les situations permettant aux internes de se former à leur futur métier en développant leurs compétences. Comme le décrit le guide de l'ECA en 2011 : « *La meilleure preuve qu'une connaissance déclarative a bien été acquise est la capacité à la mobiliser dans l'action, voire à la transférer dans toute une famille de situations [12].* » Ce cadre est donc essentiel pour accompagner les étudiants dans le chemin à parcourir, ainsi que le précise Poumay : « *Les situations professionnelles jouent un rôle crucial dans la motivation des étudiants, elles donnent du sens à leur formation (…), elles leur permettent de concrétiser dans le trajet à parcourir les progrès réalisés* [13]. »

Le but à atteindre était d'identifier ce qu'ils devaient apprendre à « gérer », la « gestion d'une situation » étant « *que l'interne soit en capacité de poser un diagnostic global de la situation selon le modèle biopsychosocial, d'élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, de mettre en œuvre un projet de soin selon le modèle EBM, d'effectuer un suivi rapproché, d'assurer la continuité de la prise en charge, puis d'effectuer un suivi différé dans le temps.* » [9]. L'interne capable de « gérer » ainsi la totalité des situations listées montrerait un haut niveau de compétence.

Il apparaît, en lisant le référentiel publié (tableau 12.1), que ces familles de situations dessinent le cœur du métier de généraliste.

Ce référentiel de famille de situations va plus loin que les situations prototypiques du référentiel métier 2009 dans la description des tâches à réaliser par le médecin. On pouvait se demander toutefois comment les professionnels en action rencontraient ces familles de situation dans leur activité.

L'exposition des internes aux différentes familles de situations a été étudiée dans deux thèses d'exercice [14, 15], en les inférant à des journaux de bord décrivant l'activité d'interne en stage ambulatoire en soin primaire en autonomie supervisée (SASPAS) durant deux semestres : les onze familles étaient effectivement rencontrées par les internes, avec toutefois des fréquences très variables. Dans la thèse d'Élodie Croci par exemple, la famille 2 « Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires » était très représentée, avec plus de 56 % des situations, suivie respectivement des familles 1 « Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence » (21 %), 7 « Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail » (8 %), 5 « Situations autour de la sexualité et de la génitalité » (5 %) et 4 « Situations

Tableau 12.1 **Les onze familles de situations publiées en 2013.**

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, de polymorbidité à forte prévalence
Diagnostiquer et suivre des patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, diagnostiquer et suivre des patients polypathologiques à tous les âges de la vie
Repérer et suivre des patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme
Maintenir à domicile des patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant des pertes d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels)
Accompagner les patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage
S'investir auprès de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie
Dépister et accompagner les patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires)
Accompagner les patients présentant des douleurs chroniques
2. Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires
Entendre et répondre aux plaintes médicalement inexpliquées/plaintes d'origine fonctionnelle/plaintes somatiques inexpliquées
Plaintes dont l'origine micro- et macrotraumatique est probable
Patients présentant des problèmes infectieux courants
Patients présentant des lésions du revêtement cutané et muqueux
3. Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
Gérer des patients qui présentent des plaintes urgentes de nature somatique : défaillances des fonctions vitales ou risque des défaillances de ces fonctions (anaphylactique, cardiogénique, pulmonaire, hypovolémique hémorragique ou non, neurogénique, septique), ou urgences ressenties : soulagement symptomatique
Patients présentant des crises aiguës de nature psychique/relationnelle (patient très agressif)
Patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
Faire le suivi du nourrisson et de l'enfant dans les consultations systématiques de surveillance en s'assurant de leur développement global, de leur prévention vaccinale et du dépistage de leurs troubles sensoriels et psycho-comportementaux
Accompagner les parents inquiets des troubles de leur nourrisson et développer une conduite adaptée devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson et de l'enfant
Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur
5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité
Prescrire une contraception, en assurer le suivi, informer et éduquer pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence
Informer autour d'un projet de grossesse. Suivre une grossesse normale dans sa dimension médicale, mais aussi affective en y intégrant la consultation préconceptionnelle, aider la femme à réduire ses risques (produits psychoactifs, tabac, alcool), repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme
Suivre une femme en péri-ménopause puis ménopausée, analyser le risque et le bénéfice d'un traitement hormonal substitutif, intégrer les demandes de la femme à une stratégie de suivi, de dépistage et de prévention ; évaluer le risque ostéoporotique et proposer une stratégie adaptée ; répondre à la plainte concernant les troubles urinaires et sexuels
Répondre à une demande d'IVG dans le cadre réglementaire
Répondre de façon adaptée, dans le cadre du premier recours, à une demande urgente ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable
Assurer et informer sur le dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
Situations où la dynamique familiale est perturbée
Situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes
Situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens
7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
Situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail
Situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle)

(Suite)

Tableau 12.1 **Suite.**

Situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste
8. Situations dont les aspects légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan
Situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné
Situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels
Situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants
Situations où la sécurité du patient n'est pas respectée
Situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur
9. Situations avec des patients difficiles/exigeants
Situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif
Situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique
Situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs
10. Situations où les problèmes sociaux ou situation de précarité sont au premier plan
Situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé
Situations de patients en précarité
Situations de rupture professionnelle et/ou familiale avec risque de désocialisation
11. Situations avec des patients d'une autre culture
Situations de patients migrants en situation irrégulière/précaire
Situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)
Situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France

autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent » (4 %). Loin derrière, les autres familles n'étaient rencontrées qu'entre 0,3 et 1 % des cas ; 270 situations non répertoriées (1,89 %), en grande majorité en lien avec la vaccination des adultes et la prévention, avaient été identifiées.

D'autres travaux de thèse ont permis de vérifier comment se répartissaient les familles de situations rencontrées par des médecins généralistes MSU [16]. Un travail de codage des situations rencontrées durant leur journée de consultation par leurs internes préalablement formés, sur plusieurs périodes d'une année universitaire, a été documenté : 4 673 consultations ont été analysées, correspondant à 8 232 familles de situations, avec en moyenne 1,76 famille de situations par consultation. Les familles de situations les plus fréquentes étaient : « Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence » avec 3 081 consultations (37,4 %) ; « Situations liées à des problèmes aigus/programmés ou non/fréquents ou exemplaires » avec 2 214 consultations (26,9 %) et les « Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties » avec 675 consultations (8,2 %). De façon décroissante, les familles de situations étaient ensuite : « Spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent » (6,7 %), « Aspects légaux » (5,4 %), « Sexualité, génitalité, reproduction » (4,8 %), « Histoires personnelles et familiales » (2,2 %), « Problème de santé au travail » (2,0 %), « Problèmes sociaux/précarité » (1,0 %), « Patients difficiles » (0,8 %) et, finalement, « Autres cultures » (0,6 %) ; 318 situations « non répertoriées » ont été comptabilisées et représentaient 3,9 % du total.

D'après ces premiers travaux, le référentiel semblait faire l'impasse sur une « douzième famille de situations » qui concernerait les patients adultes auprès de qui des actions de prévention primaire seraient réalisées, ceci aussi bien dans les travaux étudiant l'activité des internes en SASPAS que celles des MSU. Il a d'ailleurs été décidé dans cet ouvrage d'ajouter cette famille de situations pour décrire notre métier.

Les différents chapitres qui vont suivre permettent de comprendre l'étendue des tâches à effectuer dans les différentes familles de situations. Certaines de ces familles génèrent des « sous-familles » pour identifier des situations plus spécifiques, requérant la mobilisation de ressources un peu différentes. La plus caractéristique de cet état de fait est la famille 1 « Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence » dans laquelle se retrouvent des situations en lien avec la chronicité présentant des capacités invariantes (telles que le suivi au long cours, l'éducation thérapeutique, le besoin d'une alliance thérapeutique dans une relation médecin-patient de qualité, etc.), mais dont la gestion est très différente au quotidien. Suivre un patient souffrant d'addiction ne requiert pas tout à fait les mêmes ressources que suivre un patient souffrant de dépression par exemple. Au risque de faire un catalogue, il est donc utile de circonscrire des sous-familles lorsque cela permet de mieux décrire les tâches du médecin généraliste.

Références

[1] MG Form. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Paris: Osmose ; 1999.

[2] Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition Européenne de la médecine générale – Médecine de famille. WONCA. Europe 2002. 52 p.

[3] Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? Rev Prat MG 2004 ;18:781–4.

[4] Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. [En ligne]. Paris: CNGE ; juin 2009. Disponible sur www.lecmg.fr.

[5] Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ? Louvain la Neuve (Belgique): De Boeck ; 2015.

[6] Société française de médecine générale. Classement des 50 RC les plus fréquents, par actes pour tous les patients, pour l'année 2009. [En ligne]. Issy-les-Moulineaux: SFMG ; 2010. Disponible sur : www.sfmg.org.

[7] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014 ;114:148–57.

[8] Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer 2013 ;108:148–55.

[9] Attali C, Huez J, Valette T. Les grandes familles de situations cliniques. exercer 2013 ;108:165–9.

[10] Tardif J. L'évaluation des compétences. Montréal (Québec): Chenelière Éducation ; 2006.

[11] La Roegiers X. pédagogie de l'intégration. Louvain la Neuve (Belgique): De Boeck ; 2010.

[12] Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Vol. 4. Paris: Éditions LC ; 2011.

[13] Poumay M, Tardif J, Georges F. Organiser la formation à partir des compétences. Louvain la Neuve (Belgique): De Boeck ; 2017.

[14] Croci E. Exposition des internes en SASPAS à l'UPEC aux onze grandes familles de situations prévalentes en médecine générale. Thèse: Université de Paris-Est Créteil ; 2017.

[15] Taraki J. Exposition des internes en SASPAS à l'UPEC aux onze grandes familles de situations prévalentes en médecine générale. Thèse: Université de Paris-Est Créteil ; 2020.

[16] Burna TE. Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les maîtres de stages universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins. Thèse: Université de Paris-Est Créteil ; 2018.

Chapitre 13

Le patient à risque cardiovasculaire

Hypertension artérielle, diabète de type 2, dyslipidémie

Clarisse Dibao-Dina, Jean-Pierre Lebeau, Rémy Boussageon, Denis Pouchain

PLAN DU CHAPITRE

De la prise en charge de chaque facteur de risque cardiovasculaire individuel à la prise en charge du risque cardiovasculaire global 95
Du seuil arbitraire fixé par les autorités sanitaires à celui choisi par le patient 97
Du médicament centré sur l'organe à l'intervention centrée sur la personne 97
Conclusion 98

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde et la seconde en France (la première chez les femmes) après les cancers. Une des caractéristiques de la médecine générale réside dans une approche centrée sur le patient et non spécifiquement sur la maladie ou l'organe. Les recommandations de bonnes pratiques sur la prévention cardiovasculaire primaire (en l'absence d'antécédent d'événement ou de maladie cardiovasculaire clinique) sont en revanche fondées sur une approche par facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV) modifiables : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type 2, etc., ce qui rend leurs préconisations parcellaires, mal adaptées à l'approche globale des soins premiers et sujettes à controverse. Pour prendre en charge un patient à risque cardiovasculaire (RCV) dans une démarche centrée sur le patient, un changement de paradigme est nécessaire. Il intervient à trois étapes : estimer le risque cardiovasculaire individuel global et pas seulement les facteurs de risque cardiovasculaire considérés isolément, informer le patient pour qu'il identifie son niveau de risque cardiovasculaire et agisse éventuellement pour le réduire et, enfin, proposer des stratégies adaptées (médicamenteuses ou non) pour réduire ce risque.

De la prise en charge de chaque facteur de risque cardiovasculaire individuel à la prise en charge du risque cardiovasculaire global

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est un des principaux FDRCV modifiables avec le tabagisme, la sédentarité, le diabète et la dyslipidémie. Elle concerne environ 30 % de la population adulte vivant en France.

L'HTA est indépendamment corrélée à une augmentation du risque d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de démence et de décès [1]. La prise en charge de l'HTA diminue le risque de complications cardiovasculaires. Par exemple, une diminution de 10 mmHg de la pression artérielle systolique (PAS) et de 5 mmHg de la pression artérielle diastolique (PAD) à l'aide d'interventions recommandées est associée à une réduction relative de 20 % du risque de maladie coronaire et de 32 % du risque d'AVC en un an [2].

La prise en charge recommandée de l'HTA repose sur des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses telles que la réduction de l'apport sodé, la réduction de la

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

consommation d'alcool, l'arrêt du tabac, une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. Quant aux mesures médicamenteuses, elles s'appuient sur des stratégies d'atteinte d'un objectif tensionnel par l'adjonction d'un ou plusieurs médicaments antihypertenseurs [3].

Diabète de type 2

Le diabète de type 2 est une cause majeure de réduction de l'espérance de vie, à cause des complications microvasculaires et macrovasculaires. Il double le risque de mortalité cardiovasculaire. Un homme âgé de 65 ans, sans autre facteur de risque, ayant un diabète de type 2 depuis 10 ans et une HbA1c à 8 % (64 mmol/mol) a un risque de cécité à 10 ans d'environ 2,9 %, d'amputation d'environ 3 % (calcul réalisé avec le Qdiabetes score[22]) [4], tandis que son risque d'infarctus du myocarde est d'environ 12 % et celui d'AVC de 9 % (calcul réalisé avec le *UKPDS Score*[23]). Le diabète de type 2 est lié en grande partie au surpoids et à l'inactivité physique. En conséquence, une rémission du diabète de type 2 est possible avec une diminution du poids et une augmentation de l'activité physique [5]. En cas de diabète de type 2 persistant, les objectifs thérapeutiques sont la diminution du risque de complications diabétiques et non la diminution de l'hyperglycémie chronique mesurée par l'HbA1c. Le contrôle intensif de l'hyperglycémie chronique a un rapport bénéfices-risques mitigé — réduction de certaines complications microvasculaires comme la rétinopathie ou l'albuminurie au détriment d'hypoglycémies sévères, parfois mortelles [6]. Pour prévenir les complications macrovasculaires, le régime méditerranéen, les statines, les IEC, le traitement de l'HTA (souvent associée au diabète de type 2), les agonistes du GLP-1 et les inhibiteurs du SGLT2 sont les traitements les mieux validés.

Dyslipidémies

L'hypercholestérolémie est corrélée à une augmentation du risque d'événement cardiovasculaire, en particulier à une augmentation du risque de survenue d'infarctus du myocarde. Différentes classes médicamenteuses, dont les quantités d'effet et la robustesse des preuves d'efficacité sont diverses, sont indiquées pour diminuer la cholestérolémie : les statines, les fibrates, l'ézétimibe et les inhibiteurs des PCSK9. La majorité des recommandations actuelles préconise une prise de charge des dyslipidémies fondée sur des seuils de LDL-cholestérol à ne pas dépasser. Cependant, l'approche par seuil de LDL-cholestérol a également un rapport bénéfices-risques mitigé, puisque aucun essai randomisé n'a démontré l'efficacité de l'atteinte de ces seuils sur la survenue d'événements coronaires. En revanche, en prévention cardiovasculaire primaire, les statines à dose fixe et modérée ont montré une réduction des événements cardiovasculaires [7]. Les autres classes pharmacologiques n'ont pas démontré une telle efficacité sur la survenue d'événements cardiovasculaires : elles sont donc soit non recommandées (les fibrates), soit recommandées en prévention secondaire et dans les hypercholestérolémies familiales (inhibiteurs de la PCSK9), soit en prévention secondaire en association avec les statines (ézétimibe) [8].

Risque cardiovasculaire global

Avantages de l'approche par risque cardiovasculaire (RCV) global

Les formes non compliquées du diabète de type 2, des dyslipidémies et de l'HTA ne sont pas des maladies mais des FDRCV modifiables, tout comme le tabagisme. Un FDRCV peut être défini comme un état clinique ou biologique qui augmente le RCV global, à savoir le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire clinique comme un infarctus du myocarde, un AVC, ou le décès cardiovasculaire. Chaque FDRCV augmente indépendamment le RCV global et leurs effets sont multiplicatifs [9]. La décision d'intervenir sur l'un de ces FDRCV s'accompagne de la prise en compte des autres FDRCV modifiables ainsi que de l'âge, du genre et des antécédents familiaux cardiovasculaires précoces du patient [9]. Il est utile de disposer de recommandations d'évaluation et de prise en charge d'un patient à risque cardiovasculaire plutôt que de la prise en charge d'un patient dyslipidémique, hypertendu et/ou diabétique de type 2. Bien que jamais rigoureusement évaluée, cette approche globale du RCV est largement étayée par de nombreux essais randomisés et méta-analyses. Elle est également plus efficiente qu'une approche par FDRCV puisqu'elle évite de surtraiter des sujets à faible RCV global et de sous-traiter des patients à haut RCV global [10]. Elle favorise également une décision partagée plus proche d'une démarche centrée sur le patient : par exemple, la réduction du risque de développer un infarctus du myocarde est à l'évidence plus pertinente pour le patient que celle des chiffres de pression artérielle, de LDL-cholestérol ou d'HbA1c. Une telle démarche est à la fois plus efficace, en évitant le sous-traitement de patients à haut risque, et plus sûre, en évitant de sur-traiter des patients à faible risque.

Échelles de mesure du RCV global

Plusieurs échelles de mesure du risque cardiovasculaire sont disponibles. Elles sont issues d'études épidémiologiques conduites dans des populations variées. Les principales sont les échelles SCORE et Framingham. Une des échelles SCORE est préconisée pour la population du sud de l'Europe : elle évalue le risque de mortalité cardiovasculaire en prévention primaire à 10 ans chez les personnes âgées de 40 ans à 70 ans. La première interrogation que soulève cette échelle est sa pertinence et sa généralisation pour une population donnée. L'avantage de l'échelle SCORE est qu'elle est fondée sur les données épidémiologiques de la population européenne. Ses inconvénients sont qu'elle n'est pas adaptée à l'évaluation du RCV des patients âgés de moins de 40 ans ou de plus de 70 ans ou hypertendus sévères ou diabétiques ou insuffisants rénaux chroniques ou atteints d'hypercholestérolémie familiale. Par ailleurs, le risque n'est estimé qu'à 10 ans, ne concerne que le décès cardiovasculaire (et non la morbidité) et n'inclut pas d'autres FDRCV reconnus comme les antécédents familiaux précoces d'événement cardiovasculaire, la sédentarité ou l'obésité [9]. De plus, aucune prise en charge n'est recommandée selon le niveau de risque car-

[22] https://qdiabetes.org/amputation-blindness/index.php.
[23] https://www.dtu.ox.ac.uk/riskengine/download.php.

diovasculaire estimé par cette échelle. Enfin, des interrogations subsistent sur la pertinence de l'estimation arbitraire d'une évaluation du risque cardiovasculaire à 10 ans.

Du seuil arbitraire fixé par les autorités sanitaires à celui choisi par le patient

En France, la prise en charge médicamenteuse de certains FDRCV tels que la dyslipidémie et l'hypertension artérielle est recommandée selon des valeurs seuils. Elles sont également utilisées dans les échelles de risque cardiovasculaire pour décider (ou non) d'instaurer un traitement médicamenteux.

Dans les recommandations, ces seuils ont été arbitrairement fixés en l'absence d'essai interventionnel de prise en charge du risque cardiovasculaire global, souvent sur des considérations médico-économiques. Les essais pris en compte dans les recommandations visaient à diminuer les valeurs des FDRCV séparément, par exemple la pression artérielle (surtout systolique), l'hémoglobine glyquée ou encore le LDL-cholestérol. Cependant, toute amélioration d'un FDRCV donné améliore le risque cardiovasculaire global. De plus, quel que soit le FDRCV le plus impliqué dans l'événement cardiovasculaire, un AVC reste un AVC pour le patient. Il est donc pertinent pour lui d'avoir une vue d'ensemble des bénéfices qu'il aurait par exemple à arrêter de fumer et/ou à diminuer sa pression artérielle systolique sur son RCV. Ainsi, le patient pourrait fixer son propre seuil de risque cardiovasculaire pour intervenir et décider des interventions à mettre en œuvre pour le diminuer (arrêt du tabac, prise d'un médicament antihypertenseur et/ou d'une statine, etc.) dans le cadre d'une décision partagée avec le médecin.

Du médicament centré sur l'organe à l'intervention centrée sur la personne

La segmentation des FDRCV a également comme conséquence de fractionner les classes thérapeutiques : les antihypertenseurs destinés à abaisser la pression artérielle et réservés aux patients hypertendus, les statines destinées à abaisser le LDL-cholestérol et réservées aux patients dyslipidémiques. Cependant, les impacts de ces classes thérapeutiques dépassent ces cibles cliniques et biologiques. Elles n'agissent pas seulement sur un organe ou un facteur de risque cardiovasculaire, mais sur une personne ayant un RCV individuel [11]. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et certains bêtabloquants sont efficaces chez le patient atteint d'insuffisance cardiaque ou en post-infarctus du myocarde indépendamment de leur effet sur la pression artérielle [12, 13]. Il a été également démontré que le risque d'événement cardiovasculaire chez un patient diabétique de type 2 et à haut risque cardiovasculaire est diminué par un inhibiteur de l'enzyme de conversion (antihypertenseur) qu'il soit initialement hypertendu ou non. De même, chez ces patients, introduire une statine diminue le risque de survenue d'événement cardiovasculaire quel que soit le taux de LDL-cholestérol. Autre exemple, les gliflozines initialement indiquées dans le contrôle de l'HbA1c des patients diabétiques de type 2, ont récemment démontré qu'elles réduisaient les complications rénales sévères chez les patients diabétiques ou non, et les hospitalisations ou décès liés à l'insuffisance cardiaque chez les patients à fraction d'éjection du ventricule gauche altérée ou préservée, indépendamment de leur effet sur l'hyperglycémie. Enfin, l'aspirine a un rapport bénéfices-risques favorable uniquement chez les patients ayant fait un événement cardiovasculaire (AVC, infarctus du myocarde, AOMI symptomatique). Elle n'a pas sa place en prévention cardiovasculaire primaire car elle n'a pas démontré clairement un bénéfice net dans cette situation (risques hémorragiques supérieurs à d'éventuels bénéfices). Ces résultats confortent l'intérêt d'une prise en charge centrée sur le risque cardiovasculaire du patient et non spécifiquement centrée sur chaque FDRCV considéré isolément.

Pour favoriser la prise en charge centrée sur le patient, il faut disposer d'outils utiles à cette approche. Certains sont déjà disponibles, tels que l'entretien motivationnel pour amorcer des changements de comportement dans le mode de vie du patient et des outils de communication du risque cardiovasculaire [14]. Cependant, ils pourraient être améliorés. Une évaluation du poids de chaque FDRCV dans l'équation de risque cardiovasculaire ainsi que de l'efficacité des classes thérapeutiques et autres modifications du mode de vie sur la diminution du risque cardiovasculaire global seraient des informations utiles à donner au patient, au service d'une véritable décision partagée. Il reste maintenant à démontrer l'impact de l'utilisation de cette approche éthique centrée sur le patient sur le risque cardiovasculaire dans des essais randomisés de bonne qualité.

Situation clinique

Monsieur Tome est un barman âgé de 61 ans. Il est marié et a deux grands enfants. Il est diabétique de type 2 traité depuis 10 ans. Son père et son frère aîné sont décédés d'un infarctus du myocarde à l'âge de 58 et 59 ans. Lui n'a jamais fait d'accident cardiovasculaire et se porte très bien. Il fume 10 cigarettes par jour depuis plus de 20 ans (échecs répétés de sevrage). Il pèse 80 kg pour 1,70 m. Il est attentif à son alimentation, à son traitement, et marche 10 km par semaine. Malgré son métier, il consomme très peu d'alcool. Il consulte avec son bilan biologique.

- Examen clinique normal. Pas de plainte.
- IMC = 27 kg/m^2.
- Pression artérielle = 152/93 mmHg.
- Glycémie à jeun = 1,03 g/l.
- HbA1c = 6,7 %.
- Débit de filtration glomérulaire = 92 ml/min/1,73 m^2.
- Cholestérol total = 2,83 g/l.
- LDL-cholestérol = 1,95 g/l.
- HDL-cholestérol = 0,50 g/l.
- Triglycérides = 1,42 g/l.
- Gamma-GT = 20 U/l.
- Traitement suivi : metformine 3 g par jour.

Une décision partagée reposerait sur la présentation à M. Tome de :

- son risque absolu de mortalité cardiovasculaire (SCORE) = 11,4 % à 10 ans ;
- l'évolution de son risque lié aux facteurs de risque modifiables :

- son risque lié au tabagisme : en cas d'arrêt du tabac, son risque relatif diminuerait de 35 %, faisant passer le risque absolu de mortalité cardiovasculaire à 7,4 % ;
- son risque lié à la pression artérielle : en cas de normalisation de la pression artérielle, son risque relatif diminuerait de 21 %, faisant passer le risque absolu de mortalité cardiovasculaire à 9,0 % ;
- son risque lié à la dyslipidémie : en cas de réduction du LDL-cholestérol, son risque relatif diminuerait de 22 %, faisant passer le risque absolu de mortalité cardiovasculaire à 8,9 %.

Conclusion

Une fois acquis le paradigme de prise en charge centrée sur les FDRCV à celui de prise en charge centrée sur le patient à risque cardiovasculaire, il est nécessaire de recueillir des données scientifiques utiles à la pratique, telles que la fréquence du dépistage du RCV, sa communication ou encore l'influence de chaque facteur de risque cardiovasculaire dans le risque cardiovasculaire global et l'effet (bénéfices-risques) des différentes interventions thérapeutiques sur la diminution du RCV global.

Références

[1] Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Fiche Mémo de la Haute Autorité de santé et de la Société française d'hypertension artérielle. Saint-Denis: HAS ; 2016.

[2] Blood pressure lowering treatment trialists' collaboration. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. Lancet 2021 ;397(10285):1625–36.

[3] McCormack T, Boffa RJ, Jones NR, Carville S, McManus RJ. The 2018 ESC/ESH hypertension guideline and the 2019 NICE hypertension guideline, how and why they differ. Eur Heart J 2019 ;40(42):3456–8.

[4] Hippisley-Cox J, Coupland C. Development and validation of risk prediction equations to estimate future risk of blindness and lower limb amputation in patients with diabetes: cohort study. BMJ 2015 ;351, h5441.

[5] Lingvay I, Sumithran P, Cohen RV, le Roux CW. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. Lancet 2021:S0140-6736(21)01919-X.

[6] Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, Vaag A, Almdal TP, Wetterslev J. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2013 ;CD008143.

[7] Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2013 ;, CD004816.

[8] Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2020 ;41(1):111–88.

[9] Haute Autorité de santé. Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; juin 2004. Disponible sur www.has.fr.

[10] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002. In: Réduire les risques pour promouvoir une vie saine. [En ligne]. Genève: OMS ; 2002. Disponible sur www.who.int.

[11] Yusuf S, Bosch J, Dagenais G, et al. Cholesterol lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. N Engl J Med 2016 ;374(21):2021–31.

[12] Abraham WT. Beta-blockers: the new standard of therapy for mild heart failure. Arch Intern Med 2000 ;160:1237–47.

[13] Heart Outcomes Prevention. Evaluation (HOPE) study investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Lancet 2000 ;355:253–9.

[14] Neuner-Jehle S, Senn O, Wegwarth O, Rosemann T, Steurer J. How do family physicians communicate about cardiovascular risk? Frequencies and determinants of different communication formats. BMC Fam Pract 2011 ;12:15.

Chapitre 14

Le patient atteint de maladies cardiovasculaires

Insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, thrombose

Yoann Gaboreau, Philippe Vorilhon, Élodie Charruel, Paul Frappé

PLAN DU CHAPITRE

Le patient en situation d'insuffisance coronarienne 99
Le patient insuffisant coronarien : repérage et diagnostic en médecine générale 100
Suivi du patient atteint d'insuffisance coronarienne chronique 101
Le patient en situation d'insuffisance cardiaque 105
Insuffisance cardiaque : repérage et diagnostic en médecine générale. 106
Prise en charge médicamenteuse sans cesse réévaluée et optimisée 109
Suivi du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique 111
Le patient en situation d'arythmie supraventriculaire (fibrillation, flutter) 112
Le patient en situation d'arythmie : repérage et diagnostic en médecine générale 112
Quand adresser le patient ?. 113
Suivi du patient arythmique 114
Le patient atteint d'une maladie thromboembolique veineuse 115
Le patient atteint d'une maladie thromboembolique veineuse : repérage et diagnostic en médecine générale. 116
Prise en charge du patient avec thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire en médecine générale. 117
Suivi du patient porteur d'une maladie thromboembolique, prévention 119

Le patient en situation d'insuffisance coronarienne

Yoann Gaboreau

En dépit des progrès réalisés ces dernières décennies dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints d'insuffisance coronarienne, les pathologies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité dans le monde, en Europe et aux États-Unis et également dans les pays en voie de développement [1]. Les facteurs favorisants semblant durablement installés : les projections montrent que les maladies cardiovasculaires seront toujours la première cause de mortalité dans le monde dans les quinze prochaines années.

La prévalence de la maladie coronaire est élevée, 9,2 % de la population en Europe, 7,2 % en France. Trois syndromes la caractérisent : l'**angor**, le **syndrome coronarien aigu** (SCA) et le **syndrome coronarien chronique** (SCC, anciennement dénommé maladie coronarienne stable). Ces entités ont une étiologie commune : la maladie athéromateuse parfois associée à des spasmes coronariens et à une dysfonction microcirculatoire. Au niveau coronarien, la lésion primaire est une dysfonction endothéliale avec brèche de l'intima favorisée par les facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV) : tabagisme, hypertension artérielle (HTA), diabète, hypercholestérolémie à *Low Density Lipoproteins* (LDL) élevées, vieillissement… Une cascade de

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

réactions inflammatoires dans la paroi artérielle conduit progressivement à son épaississement, qui provoque une souffrance myocardique par hypoxie, généralement à partir de 70 % d'occlusion de la lumière intimale. À ce long processus s'ajoutent des phases d'instabilité produites par d'autres réactions inflammatoires surajoutées au niveau de la plaque athéromateuse. Cette dernière se fissurant, une cascade thrombogène par activation plaquettaire s'amorce et conduit à l'obstruction partielle ou totale de la lumière intimale.

Cliniquement, l'instabilité se traduit par les SCA sans sus-décalage du segment ST ou les SCA avec sus-décalage du segment ST.

Les patients coronariens sont des patients à considérer comme à haut risque d'événements cardiovasculaires, surtout s'ils sont symptomatiques. L'insuffisance cardiaque et la mort subite en sont les complications principales. À trois ans du diagnostic, près d'un tiers des patients auront présenté un événement cardiovasculaire grave : décès, SCA, accident vasculaire cérébral (AVC), ou une hospitalisation pour un autre événement vasculaire.

La réduction de l'incidence des événements cardiovasculaires et les symptômes guident la prise en charge vers une amélioration de la qualité de vie.

Le patient insuffisant coronarien : repérage et diagnostic en médecine générale

Repérer les patients à risque

Les facteurs de risque de survenue d'une insuffisance coronarienne sont rappelés dans le chapitre 13 consacré au patient à risque cardiovasculaire.

Faire le diagnostic

Importance de l'entretien

Évoquer un syndrome coronarien devant une situation clinique de douleur thoracique, y compris de présentation atypique, associée à de nombreux diagnostics différentiels, constitue la première étape. S'ensuit sa caractérisation : chronique (avec l'angor) ou aiguë, puis sa sévérité et l'étendue de la maladie athéromateuse.

Le médecin généraliste est attentif pour discriminer les hypothèses diagnostiques parmi lesquelles certaines sont des urgences vitales :

- syndrome coronarien ;
- douleur chondrocostale ;
- inflammation ou spasme œsophagien, dyspepsie, reflux gastro-œsophagien ;
- embolie pulmonaire ;
- trouble anxiodépressif ;
- pneumopathie infectieuse, pleurésie ;
- zona précoce ;
- péricardite ;
- pneumothorax ;
- dissection aortique.

La notion de prévalence est particulièrement importante à intégrer dans la démarche décisionnelle.

La description clinique par le patient, très variable d'un individu à l'autre, est un temps primordial. La douleur myocardique ischémique est décrite par son apparition brutale, souvent de nature sévère, écrasante, lourde ou en « barre », peu affectée par la respiration ou le changement de position. Elle est située dans la région rétrosternale et se propage éventuellement en rayonnant vers les membres supérieurs (généralement le bras gauche), le dos, le cou ou la mâchoire. La douleur est souvent provoquée par l'effort ou l'émotion. Elle cesse à l'arrêt de ces derniers en quelques minutes ou à la prise de dérivés nitrés (exception faite du SCA).

Chez certains patients, les douleurs évoquent un syndrome douloureux abdominal aigu (la douleur commence dans l'abdomen supérieur et s'accompagne de nausées). Certains SCA sont décrits comme silencieux et la dyspnée d'effort peut être considérée comme un équivalent de douleur myocardique en l'absence d'autre cause.

La douleur évocatrice d'un IDM se prolonge, persiste pendant plus de 20 minutes et présente généralement une intensité constante.

Le patient insuffisant coronarien présente un angor certain dit « typique » s'il réunit ces trois critères : douleur myocardique, provoquée par l'effort, résolutive après quelques minutes. L'angor est probable ou « atypique » s'il présente deux des trois critères ; il est incertain dans les autres circonstances.

L'angor instable se manifeste par des douleurs ischémiques qui réapparaissent à une intensité croissante pour le même effort ou une fréquence plus importante à mesure que l'intensité de l'effort s'amenuise et en un temps court (moins de 2 semaines) et cessant quelques minutes après l'effort. L'ECG peut montrer un sous-décalage du segment ST durant la crise angineuse et le dosage sanguin des enzymes cardiaques de nécrose est normal.

Ainsi, dès l'entretien, le médecin généraliste estime une probabilité clinique de syndrome coronarien aigu ou chronique en recueillant les circonstances et les caractéristiques de survenue de la douleur, les FDRCV, ses antécédents cardiovasculaires personnels (angor, maladie coronarienne, AVC…) et familiaux (mort subite inexpliquée de l'adulte jeune), les facteurs provoquants (modification thérapeutique, intervention chirurgicale, stress…).

Examen clinique

L'examen clinique recherche des signes de gravité, évalue l'état général du patient, ses comorbidités et sa qualité de vie. Ces éléments permettent d'adapter la stratégie diagnostique et de prise en charge par évaluation du rapport bénéfice-risque et de l'acceptabilité du patient. Le diagnostic de SCA repose sur l'ECG 12 dérivations (idéalement 18 dérivations) réalisé le plus tôt possible. Les anomalies systématisées doivent toucher au moins deux dérivations contiguës concernant un territoire : D1-aVL (dérivations latérales) ; DII, DIII, aVF (dérivations inférieures) ; V1-V6 (dérivations antérieures). Les signes ECG à rechercher sont un sus-décalage du segment ST (il est ≥ 1 mV en dérivations frontales, ≥ 2 mV en précordiales, sur au moins deux dérivations précordiales contiguës), un sous-décalage du segment ST (même $> 0{,}5$ mV transitoire dans deux dérivations contiguës est suspect), une anomalie de l'onde T (onde T positive, ample, pointue et symétrique) ou son inversion

(lésion sous-épicardique), l'apparition d'un bloc de branche gauche complet. La présence d'une onde Q pathologique de « nécrose » est un signe d'ischémie en cours ou ancienne, se caractérisant par une onde de longue durée (≥ 0,03 s) et/ou profonde (> 1/3 de l'onde R), ou un aspect QS en V2-V3. Un ECG normal réalisé en dehors d'une période douloureuse ne permet pas d'exclure le diagnostic de SCA ni de SCC même sévère (cf. définition). En cas de doute, le partage de l'interprétation avec le cardiologue est souhaitable.

Quels examens complémentaires ?

Parmi ceux préconisés, aucun n'est à proposer au cours d'une prise en charge préhospitalière devant une suspicion de SCA. Le dosage de la troponine I ou de la troponine ultrasensible se réalise en urgence en service d'accueil et d'urgence afin de vérifier la cinétique de cette dernière sur les heures suivant le début de la prise en charge. Cette stratégie permet d'éviter une perte de chance dans la prise en charge des patients présentant un réel SCA. En cas de suspicion de SCC, quelques examens peuvent être réalisés afin d'écarter des diagnostics différentiels (radiographie pulmonaire, D-dimères), rechercher des facteurs aggravants (anémie, dysthyroïdie, trouble ionique, insuffisance cardiaque), explorer d'autres FDRCV (anomalie lipidique, glycémie à jeun, estimation du débit de filtration glomérulaire).

Au décours de la démarche diagnostique, le diagnostic de SCA est posé par l'association d'au moins deux des trois critères suivants :

- survenue d'une douleur thoracique typique ou atypique datant de moins de 24 heures et d'allure ischémique ;
- modifications systématisées de l'électrocardiogramme (ECG) ;
- mise en évidence par des marqueurs biologiques d'une nécrose myocardique.

Le patient se trouve en situation d'instabilité (SCA) au cours de deux entités :

- l'IDM avec sus-décalage du segment ST (**STEMI**, pour *ST segment Elevation Myocardial Infarction*) ;
- les SCA sans sus-décalage du segment ST :
  - l'IDM sans sus-décalage du segment ST (**NSTEMI**) ;
  - l'**angor instable**.

Quand adresser le patient ?

Dès la suspicion clinique de SCA, un avis collégial se met en place avec le centre 15, une fois le patient allongé au repos, avec surveillance par ECG, de la pression artérielle et de la saturation en oxygène mise en place. La discussion porte sur la meilleure modalité de transfert vers l'établissement hospitalier spécialisé le plus proche. Devant une faible probabilité clinique, l'avis du cardiologue peut être requis pour évaluer ensemble la meilleure prise en charge à proposer. Dans l'attente, les premiers soins outre le repos peuvent être l'administration d'une dose d'antiagrégants plaquettaires (par exemple, 250 mg d'aspirine per os ou 75 à 150 mg IV) en l'absence d'allergie. Un dérivé nitré sublingual de type trinitrine peut être administré pour faire céder la douleur thoracique, à répéter après 5 minutes en cas de persistance de la symptomatologie si PAS > 100 mmHg, une oxygénothérapie peut être proposée en cas de dyspnée, signes d'insuffisance cardiaque ou désaturation, si elle est disponible au cabinet.

La décision du recours à l'angioplastie et de son délai est l'affaire du cardiologue et de l'urgentiste à partir des critères de gravité retrouvés, dès l'apparition d'un angor instable.

Devant une suspicion de SCC, le cardiologue se charge de déterminer la probabilité pré-test, de prescrire les examens non invasifs les plus bénéfiques : anatomique par coroscanner en cas de faible probabilité < 15 %, fonctionnel par échographie de stress, scintigraphie d'effort, IRM de stress, épreuve d'effort en cas de probabilité élevé, voire coronarographie d'emblée.

Suivi du patient atteint d'insuffisance coronarienne chronique

La prise en charge se poursuit de concert entre médecin traitant et cardiologue selon différents axes visant l'amélioration de la qualité de vie (réduction du handicap fonctionnel, élévation du seuil de déclenchement de l'angor) et/ou l'allongement de la durée de vie. La décision médicale partagée repose sur des propositions combinant modification du mode de vie, contrôle des FDRCV, traitement médicamenteux, parfois revascularisation. Aucune stratégie de suivi n'a montré sa supériorité clinique par rapport à une autre. Les rencontres médicales sont renforcées durant la première année en cas d'instabilité (y compris revascularisation).

Approche biopsychosociale et posture éducative

Les besoins du patient sont abordés, qui sont d'ordre :

- médical : impact des symptômes persistants sur la sphère personnelle, familiale, professionnelle, sociale et sportive, gestion médicamenteuse et lutte contre l'iatrogénie et l'automédication inappropriée, gestion des autres FDRCV modifiables… ;
- psychologique : son rapport à la maladie, ses ressources internes et externes, ses valeurs et son vécu de la maladie, ses leviers de changement de comportement de santé… ;
- socioprofessionnel : vulnérabilité, inégalités sociales de santé, ses besoins d'aide quotidienne, ses habitudes alimentaires physiques et sportives, ses contraintes professionnelles, l'adaptation à son mode et milieu de vie…

Une approche éducative est proposée à chaque patient en s'attardant sur la recherche commune des moyens de mise en œuvre plutôt que sur les résultats. Plusieurs compétences sont à développer afin d'augmenter la qualité de l'autogestion et le sentiment de sécurité du patient. La prise en compte des particularités du patient (comorbidités, parcours de soins déjà en œuvre, qualité de vie souhaitée, lieu et mode de vie, souhait de changement, facteurs de fragilité…) permet de lui proposer les soins les plus adaptés à ses conditions. Le patient bénéficie s'il le souhaite d'un programme d'éducation thérapeutique et de soutien psychologique.

Activité physique

L'activité physique (AP) d'intensité modérée et régulière a un effet en prévention primaire, secondaire et tertiaire chez

le patient coronarien. Les effets bénéfiques les plus connus sur le syndrome coronarien sont liés à des effets indirects. Une action sur le remodelage, la diminution de volume et la stabilisation de la plaque athéromateuse lui confère une action anti-athéromateuse. De plus, l'AP a une action sur les FDRCV modifiables (dyslipidémie, HTA et diabète). Quatre effets directs ont aussi été mis en évidence : une action anti-inflammatoire systémique, anti-ischémique, antithrombotique et antiarythmique. Le niveau d'AP est un facteur prédictif indépendant de la mortalité cardiovasculaire. Elle peut être proposée et pratiquée par tout patient et poursuivie sur le long terme. Seuls 25 à 30 % des patients peuvent bénéficier actuellement d'un programme de réadaptation cardiovasculaire hospitalière ou ambulatoire après un SCA, en défaveur des femmes, des personnes âgées et des patients socialement défavorisés. Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans le repérage des patients en situation complexe pour qui le programme est le plus efficient (déconditionnement à l'effort, non-contrôle des FDRCV, trouble de l'humeur associé, risque de désinsertion sociale ou professionnelle, présence de facteur de mauvais pronostic, comorbidités limitant la rééducation en secteur libéral…). Quelques expérimentations se développent pour pallier ce manque avec des équipes pluridisciplinaires libérales ou des programmes de télésoins coordonnés. Le médecin généraliste intervient auprès de chaque patient au minimum dans la promotion de l'activité physique et sportive. Les contre-indications formelles au réentraînement à l'effort sont celles de l'épreuve d'effort [2]. Les activités d'intensité légère à modérée sont quotidiennes ; les activités en endurance sont réalisées au moins trois fois par semaine jusqu'à cinq fois par semaine, de 20 à 60 minutes, d'intensité équivalente à la FC de repos + 20 à 30 bpm en l'absence d'épreuve d'effort, de 40 à 80 % de la FC de réserve après réalisation d'une épreuve d'effort. La FC de réserve est l'amplitude de la FC dans laquelle le patient va évoluer : elle se calcule comme la différence entre la FC maximale pour l'âge et la FC de repos ; la FC cible est alors la FC de repos + % de la FC de réserve. Si nous prenons l'exemple d'un sportif dont la FC maximale est de 190 et la FC de repos de 50, la FC de réserve est de 140 bpm. Si cette personne doit s'entraîner à 75 % de son maximum, le calcul est le suivant : 50 + 0,75 × (190 – 50) = 155 bpm). Les AP en renforcement musculaire et en étirement sont aussi possibles deux à trois fois par semaine.

Alimentation

Tout comme l'activité physique, l'alimentation est une pierre angulaire de la prévention cardiovasculaire. Elle permet un meilleur équilibre glycémique, tensionnel et lipidique. Elle accompagne les autres comportements de santé adoptés par le patient pour atteindre ou maintenir un IMC < 25 kg/m^2 et cibler un périmètre abdominal < 102 cm chez l'homme, 88 cm chez la femme.

Quelques caractéristiques d'une alimentation équilibrée sont présentées ici :

- privilégier les acides gras polyinsaturés (poisson gras, huiles végétales : olive, noix, colza) ;
- limiter les acides gras saturés (produits laitiers, deux portions par jour : crème, beurre, fromage ; bœuf, porc, charcuterie), idéalement < 10 % des apports caloriques ;
- éviter les acides gras trans-saturés (plats cuisinés, viennoiseries industrielles), idéalement < 1 % des apports caloriques quotidiens ;
- 200 g de fruits par jour ou plus (deux fruits) ;
- 200 g de légumes par jour ou plus ;
- légumes secs deux fois par semaine (pois chiches, haricots blancs, lentilles…) ;
- privilégier les céréales complètes au quotidien ;
- poisson une à deux fois par semaine ;
- 30 g de noix non salées par jour (une poignée de noix, noisettes, amandes) ;
- décourager la consommation de sodas et boissons alcoolisées ;
- limiter la consommation de sel, idéalement < 5 g par jour.

Tabagisme

L'arrêt du tabac est la stratégie la plus efficiente dans la réduction des événements coronariens [3]. Le rôle du médecin généraliste est essentiel puisque seul un patient sur deux initie un sevrage après la survenue d'un événement coronarien. Une intervention brève, un conseil minimal, une aide au sevrage sont autant d'occasions d'aborder le sujet avec le patient et d'initier une réflexion au changement. Les approches non médicamenteuses sont à utiliser en première intention avec une prévention sur la prise de poids.

Les traitements médicamenteux ne sont utilisés qu'en cas d'échec au sevrage en l'absence de contre-indication. La dépendance nicotinique est contrôlée par des traitements de substitution en priorité. L'utilisation de la cigarette électronique, servant de stratégie de minimisation des risques dans quelques situations, peut être une aide. Elle reste cependant un produit agressif par la délivrance de nicotine et de produits irritants. Elle maintient la stimulation sensorielle oropharyngée, la gestuelle mais comporte des risques de surdosage par erreur de manipulation.

Plus d'informations sont disponibles dans le chapitre 20.

Hypertension artérielle

La prévalence de l'HTA dans la population adulte, en France, est de 30 %. Son diagnostic est rendu délicat par les variabilités liées au patient, au professionnel de santé et aux techniques de mesure malgré sa symbolique dans la relation médicale.

La pression artérielle (PA) en consultation se mesure de préférence avec un appareil électronique validé avec brassard brachial et à au moins deux ou trois reprises en calculant la moyenne des mesures à chaque bras. Le patient est en position assise ou allongée, après au moins 3 minutes de repos. Les mesures pathologiques au cabinet sont à confirmer par des mesures à domicile par le patient, par automesure tensionnelle ou mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA). L'HTA augmente le risque relatif (RR) de 2,48 dans la survenue d'un IDM [4]. La réduction de 10 mmHg de la pression artérielle systolique (PAS) et de 5 mmHg de la pression artérielle diastolique réduit annuellement de 20 % les maladies coronariennes en prévention secondaire. Les objectifs tensionnels chez le patient coronarien restent incertains et semblent se situer entre 120 et 140 mmHg de PAS et entre 70 et 90 mmHg de PAD avec une préférence à

< 130/80 mmHg chez le sujet jeune (avant 65 ans). Placer le patient en dessous des 120 mmHg de systolique semble conduire à majorer son risque d'événements cardiovasculaires majeurs y compris le décès [5]. La prise en charge relève d'abord d'une modification des comportements de santé en termes d'alimentation, d'AP comme décrit ci-dessus, parfois d'une réduction pondérale avec un objectif < 25 kg/m^2. Une stratégie médicamenteuse est parfois nécessaire, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les bêtabloquants sont à préférer chez le patient coronarien.

Diabète

Le diabète est un FDRCV indépendant. Sa présence augmente le RR de déclarer un IDM à 2,37. Aucune cible d'HbA1c ne peut être formellement recommandée en l'absence de haut niveau de preuve le justifiant. L'HbA1c apparaît donc être un objectif intermédiaire discutable. Un taux inférieur à 7 % réduirait de 15 % la survenue d'IDM non fatal, son impact significatif sur le taux de mortalité global restant encore à démontrer (description d'un effet paradoxal de surmortalité globale). En cas d'atteinte cardiovasculaire évoluée (artériopathie oblitérante des membres inférieurs [AOMI] symptomatique, AVC récent de moins de 6 mois, atteinte polyvasculaire, insuffisance cardiaque, antécédent d'IDM ou atteinte des artères coronariennes en proximal), un objectif allégé d'une HbA1c < 8 % peut être proposé avec une réduction du nombre d'hypoglycémies. Le traitement repose en première intention sur les modifications de l'alimentation et de l'activité physique (cf. supra) ainsi que la réduction pondérale si cela apparaît indiqué, avec objectif < 25 kg/m^2. Le patient atteint de diabète de type 2 à haut risque cardiovasculaire (> 5 % à 10 ans) peut bénéficier des classes récentes d'antidiabétiques : les analogues du GLP-1 (comme le liraglutide) ou les inhibiteurs du SGLT-2 (gliflozines). Ces thérapeutiques apportent un bénéfice clinique sur la mortalité cardiovasculaire, la réduction des insuffisances cardiaques et aussi un rôle de néphroprotection [6, 7]. Les inhibiteurs de la DDP4 n'apportent pas la preuve d'une supériorité contre placebo en prévention secondaire [8].

Dyslipidémie

L'hypercholestérolémie est un FDRCV indépendant. Son taux est étroitement lié à la survenue d'événements coronariens. Dans le cadre d'une prévention secondaire, les objectifs fixés par l'*European Society of Cardiology* [9] sont la réduction de plus de 50 % du taux de LDL-cholestérol et l'atteinte d'une cible < 0,55 mg/dl (< 1,4 mmol/l). Les modifications des comportements de santé (AP, alimentation, réduction pondérale si indiquée) restent en première intention. Seules les statines ont permis de montrer une réduction de la mortalité chez les patients coronariens stabilisés ; elles sont indiquées à la dose maximale tolérable quel que soit le niveau de LDL initial. L'association à l'ézétimibe peut être requise pour atteindre des objectifs biologiques si le choix du patient au cours d'une décision partagée conduit à cet objectif. Des anti-PCSK9 primoprescrits par un cardiologue, endocrinologue ou nutritionniste peuvent être proposés en cas d'intolérance aux premières propositions médicamenteuses ou en sus de ceux-ci.

L'absence de preuve de réduction de la mortalité globale et cardiovasculaire en cas d'association avec l'ézétimibe ou d'anti-PCSK9 suggère que l'atteinte d'une valeur seuil de LDL-cholestérol en prévention secondaire est à prendre avec précaution. Ces objectifs ne cessent de se durcir au fur et à mesure des années : depuis 2019, la cible est d'atteindre une réduction de LDL-cholestérol de 50 % et un LDL-cholestérol < 0,55 g/l [1,4 mmol/l] ; en 2016, celle-ci était d'atteindre une réduction de LDL-cholestérol de 50 % ou un LDL-cholestérol < 0,7 g/l [9, 10]. Des cibles de plus en plus difficiles à atteindre pour les patients font réfléchir sur les objectifs et les préférences des patients. L'arrivée de traitements très onéreux pour la collectivité jette le doute (près de 500 € le traitement d'un anti-PCSK9 mensuel par patient en 2021), d'autant que cette évolution se fonde sur des essais cliniques testant l'efficacité des anti-PCSK9 sans étude de validation tierce [10]. La validation des cibles de LDL-cholestérol repose davantage sur des éléments indirects que sur des essais cliniques randomisés robustes. En revanche, pour chaque baisse de 1 mmol/l (0,4 g/l) de LDL-cholestérol, une réduction proportionnelle (et non absolue) de 20 % d'événements cardiovasculaires majeurs et de 10 % de décès toutes causes est constatée (sans valeur seuil) [11]. Pour les patients ayant un risque < 10 % à 5 ans, pour chaque baisse de 1 mmol/l de LDL-cholestérol, une réduction absolue de 11 événements cardiovasculaires majeurs pour 1 000 patients traités pendant 5 ans est constatée [12]. La réduction relative du risque cardiovasculaire étant retrouvée avec un effet similaire dans chaque catégorie à risque, elle est déjà un objectif en soi. Les cibles de LDL-cholestérol peuvent se concevoir comme une aide dans la décision partagée et une approche centrée sur le patient où l'évaluation du risque cardiovasculaire global reste la priorité. La stratégie thérapeutique s'appuie sur les préférences du patient après une information éclairée des limites des connaissances scientifiques actuelles.

Traitement médicamenteux spécifique

La prévention secondaire repose sur l'association d'antithrombotiques, d'hypolipémiants, d'IEC ou d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II).

D'autres traitements médicamenteux sont prescrits à visée anti-ischémique (symptomatique) comme un bêtabloquant d'abord ou un calcium-bloqueur non dihydropyridine voire un dérivé nitré de longue durée d'action.

Antiagrégant plaquettaire

L'aspirine en prévention secondaire chez le patient porteur d'un syndrome coronarien a fait ses preuves par une diminution significative de la morbidité et de la mortalité à dose antiagrégante (75 à 160 mg) en l'absence de contre-indication. Elle est prescrite à vie. En alternative, le clopidogrel peut être proposé en présence d'une AOMI. Une bithérapie antiagrégante se justifie devant le risque de récidive thrombotique après un geste technique de revascularisation par angioplastie (pose d'un stent) ou pontage aorto-coronarien. Le SCC associé à une angioplastie privilégie l'association aspirine-clopidogrel devant un rapport bénéfice antithrombotique/risque hémorragique plus favorable [8].

En situation instable, une association avec le ticagrelor ou le prasugrel, plus incisifs, a la faveur [13]. La durée de la double antiagrégation est sujette à de nombreuses discussions ces dernières années par l'étude de la balance entre risque thrombotique (risque de récidive de l'ordre de 3,3 % sous bithérapie) et risque hémorragique sévère (de l'ordre de 3 à 3,5 %) [14]. L'approche est une approche centrée sur le patient avec la prise en compte de ses attentes et préférences. L'utilisation d'estimateur de risque hémorragique spécifique à cette population peut guider le choix : le score PRECISE-DAPT[24]. Ce dernier comporte des paramètres clinico-biologiques classiques (âge, clairance de la créatinine, antécédent d'hémorragie, taux d'hémoglobine, taux de leucocytes). Il possède des performances prédictives modérées avec une aire sous la courbe ROC variant entre 0,66 et 0,7, et n'a pas encore été largement utilisé dans des essais cliniques [15].

Avec ces limites, une stratégie sur la durée de la bithérapie antiagrégante est proposée par l'ESC 2020 de 6 mois pour une maladie coronarienne stable à 12 mois en cas de risque ischémique élevé et un risque hémorragique faible (PRECISE-DAPT < 25) [16]. La durée est réduite à 3 mois voire 1 mois en cas de risque élevé voire très élevé avec une préférence pour le clopidogrel, moins pourvoyeur d'hémorragies majeures. En cas de STEMI, la durée de la bithérapie attendue est de 12 mois, réduite à 6 mois en cas de risque hémorragique élevé en préférant le ticagrelor ou le prasugrel. Une protection gastrique par inhibiteur de pompes à protons peut être proposée en cas de risque hémorragique gastro-intestinal. Une bithérapie au long cours peut se discuter avec le patient en cas de risque ischémique sévère (IDM, AVC, AIT) et risque hémorragique faible dans le cadre d'un niveau de preuve plus faible.

Lorsqu'une anticoagulation est indiquée, la trithérapie est possible avec évaluation rigoureuse de la balance bénéfice-risque. La stratégie par défaut prévoit une trithérapie de 1 semaine durant la période hospitalière puis une bithérapie anticoagulant-antiagrégant plaquettaire de 12 mois en privilégiant l'aspirine ou le clopidogrel et un anticoagulant oral direct (AOD). En cas de risque hémorragique prédominant, la durée de la bithérapie peut être réduite entre 1 à 6 mois (à discuter avec le patient). En cas de risque ischémique prédominant, la trithérapie peut être proposée durant 1 mois en privilégiant le ticagrelor, dans de rares situations jusqu'à 6 mois (accord d'experts). La bithérapie peut se discuter au-delà de 1 an dans cette population à haut risque ischémique (accord d'experts). Une tendance à l'allègement de la pression antithrombotique est tout de même à noter au cours de ces dernières années.

Anticoagulants oraux

Une nouvelle stratégie se développe, proposant un anti-Xa, le rivaroxaban, à très faible dose (2,5 mg × 2) au cours d'une maladie coronarienne stable (ou 12 mois après l'instabilité) en association avec l'aspirine. Cette association montre une réduction de la mortalité toutes causes de 22 %, de la mortalité cardiovasculaire de 18 % et des accidents ischémiques de 24 % chez les patients de plus de 65 ans ou avec atteinte artérielle ajoutée ou présence de facteurs de risque (tabagisme non sevré, diabète, insuffisance rénale ou cardiaque) [17]. Le NNT calculé incluant les décès toutes causes est de 86 (IC95 % = [52 ; 232]). Les événements hémorragiques sévères sont aussi majorés de 78 % avec majoration non significative des hémorragies fatales et intracrâniennes — l'étude a été arrêtée de manière prématurée. Cette association est par contre discutable en cas de maladie coronarienne instable par la majoration conséquente du risque hémorragique, multiplié par 3, contre une réduction des décès toutes causes d'un tiers, tout comme la réduction des événements thrombotiques, en plus de la bithérapie antiagrégante (aspirine-clopidogrel). Les résultats en présence des autres antiagrégants plaquettaires ne sont pas encore disponibles [18]. Cette étude souffre de nombreuses limites pour un suivi moyen de 13 mois sous traitement et 17 % d'arrêts prématurés de traitement. Les autres AOD (dabigatran, apixaban) n'ont jusqu'à présent pas montré de bénéfice clinique net. La décision partagée prend tout son sens et l'ajout d'un anti-Xa ne doit pas faire compromettre la prise des autres thérapeutiques ; le dosage à 2,5 mg n'est pas encore disponible en France. Sa place en pratique courante est encore à consolider par d'autres essais cliniques de confirmation auprès des patients à risque thrombotique prédominant.

Bêtabloquants

Les bêtabloquants conservent leur place dans les situations avec altération de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) (< 40 %) et dans les STEMI [19] avec un plus faible niveau de preuve pour une durée de 1 an grâce à plusieurs essais cliniques. Au-delà, les preuves d'une balance bénéfice-risque favorable ne sont pas établies, aucune étude n'étant allée au-delà de 3 ans. Dans les autres situations, les essais contrôlés randomisés se font rares [20]. Dans la maladie coronarienne stable, ils n'ont pas fait leur preuve dans la réduction des événements majeurs. Les bêtabloquants sont conservés uniquement à visée anti-angineuse (symptomatique) et modulatrice du rythme cardiaque (cible de 60 bpm).

Bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone

Les IEC réduisent la morbi-mortalité cardiovasculaire chez le patient coronarien présentant une dysfonction ventriculaire gauche (FEVG < 40 %), une insuffisance rénale, une atteinte vasculaire préexistante, une HTA ou un diabète. En l'absence de dysfonction ventriculaire ou de haut risque cardiovasculaire, son intérêt est remis en question par rapport au contrôle actif des autres facteurs de risque [21]. L'avantage des ARA II ne se perçoit qu'en cas d'intolérance ou contre-indication aux IEC.

Les inhibiteurs de l'aldostérone ne s'envisagent que pour les patients avec une FEVG < 40 % et insuffisants cardiaques ou diabétiques, les inhibiteurs de la néprilysine qu'en cas de situation insuffisamment contrôlée par un traitement optimal.

Statines et autres hypocholestérolémiants

L'utilisation des statines en prévention secondaire est l'un des piliers de la prise en charge pharmacologique du patient coronarien stable ou instable. La pravastatine à 40 mg et la simvastatine à 40 mg sont validées dans les essais contrôlés

[24] http://www.precisedaptscore.com/predapt/.

randomisés sur critères cliniques de manière robuste [22]. En post-IDM, c'est l'atorvastatine à 80 mg qui est validée contre placebo et contre la pravastatine à 40 mg [23]. L'ézétimibe peut s'additionner à la statine pour potentialiser son effet de manière modérée sur la survenue d'IDM et d'AVC, mais aucun effet sur la mortalité n'a été montré [24]. Des anticorps monoclonaux anti-PCSK9 sont efficaces sur la réduction du LDL-cholestérol mais sans impact sur la mortalité toutes causes ou cardiovasculaire.

Hypotriglycéridémiants

La prise en charge médicamenteuse de l'hypertriglycéridémie n'a apporté aucun bénéfice aux patients coronariens. La consommation d'oméga 3 à fortes doses (acide eicosapentamérique, EPA) chez des patients à haut risque cardiovasculaire, traités par statine et ayant une hypertriglycéridémie < 5 g/l, amène une réduction de 25 % des événements cardiovasculaires majeurs incluant la mortalité cardiovasculaire (17,2 % versus 22 % d'événements à 5 ans) par une consommation > 2 g deux fois par jour [25]. Ces données méritent d'être confirmées pour une utilisation en pratique clinique.

Vaccination antigrippale

La vaccination antigrippale semble être utile afin de prévenir les IDM chez le coronarien, et elle diminue la mortalité cardiovasculaire chez les plus de 65 ans [26].

Le tableau 14.1 propose une synthèse des données de cette section.

Le patient en situation d'insuffisance cardiaque

Élodie Charuel, Philippe Vorilhon

Vingt-six millions de personnes à travers le monde sont atteintes d'insuffisance cardiaque chronique (ICC) [27]. En France, 2,3 % de la population est concernée et le nombre de cas augmente avec l'âge jusqu'à 10 % après 70 ans. Un tiers des patients atteints d'ICC déclarent au moins une

Tableau 14.1 **Prise en charge, suivi du patient en situation d'insuffisance coronarienne.**

Règles hygiéno-diététiques à visée pronostique	
Tabac	Aucune exposition, active ou passive
Alimentation	< 5 g de sel par jour ≥ 200 g de fruits par jour (deux fruits) ≥ 200 g de légumes par jour Poisson 1 à 2 fois par semaine 30 g de fruits à coque par jour (une poignée) Privilégier les acides gras polyinsaturés (saumon, huile de colza) Limiter les acides gras saturés (beurre, fromage, viande rouge) Éviter les acides gras trans-saturés issus des huiles végétales hydrogénées (plats cuisinés, viennoiseries biscuits industriels) Limiter l'alcool et les sodas
Activité physique	Activités modérées : quotidienne Endurance 20 à 60 minutes 3 fois par semaine (jusqu'à 5 possibles, minimum cumulée 150 min) Renforcement musculaire : 2 séances par semaine (2 à 4 séries de 8 à 10 mouvements répétés)
Traitement spécifique de la coronaropathie à visée pronostique	
Antiagrégants plaquettaires	Aspirine 75 à 100 mg/j à vie Si angioplastie élective : ajout de clopidogrel 6 mois (de 3 à 12 mois si risque hémorragique ou ischémique élevé) Si SCA : ajout de ticagrelor ou prasugrel (ou clopidogrel) 12 mois (6 mois si risque hémorragique élevé)
Hypocholestérolémiants	Statine à dose maximale tolérée Ézétimibe en association ou en remplacement des statines si intolérance
Bêtabloquants	Si dysfonction VG En post-SCA avec sus-ST, jusqu'à 3 ans (au long cours à discuter)
IEC (ARA II si intolérance)	Si dysfonction VG, HTA, diabète, insuffisance rénale Si coronaropathie à haut risque
Traitement spécifique de la coronaropathie à visée symptomatique	
Anti-angineux de 1re intention	Bêtabloquant et/ou inhibiteur calcique
Anti-angineux de 2e intention	Ivabradine, dérivés nitrés
Objectifs à atteindre à visée pronostique	
Pression artérielle	Systolique : 120 à 140 mmHg < 65 ans : systolique préférée < 130 mmHg
IMC	20 à 25 kg/m^2
LDL	Pas de valeur cible précise mais une réduction est attendue
HbA1c	< 7 % (< 8 % si atteinte vasculaire évoluée, mais pas d'hypoglycémie)

hospitalisation au cours de l'année et 20 % des patients qui sortent d'hospitalisation seront à nouveau hospitalisés dans l'année [28]. Souvent vécue par les soignants comme une suite d'événements aigus, il s'agit en réalité d'une pathologie chronique avec une espérance de vie à 5 ans de 50 %. Le patient est limité dans ses activités habituelles et sa qualité de vie est impactée. Il n'y a pas de recommandations professionnelles françaises et il faut se référer à celles de la Société européenne de cardiologie (ESC), publiées en 2016 [29], qui décrivent une prise en charge crescendo en fonction du stade de la maladie. Le médecin généraliste dépiste les signes d'aggravation de la maladie et prévient les hospitalisations. Il coordonne le suivi pluridisciplinaire collaboratif et adapte le traitement qui est continuellement réévalué et optimisé dans le but de minimiser les symptômes et surtout diminuer les hospitalisations et la mortalité.

Insuffisance cardiaque : repérage et diagnostic en médecine générale

Repérer les patients à risque

L'insuffisance cardiaque (IC) est souvent comparée à un iceberg. La partie visible représente les cas d'insuffisance cardiaque diagnostiquée, la partie immergée les cas non diagnostiqués et ceux qui ont un dysfonctionnement asymptomatique du ventricule gauche (VG), susceptibles de développer une IC. Le médecin généraliste qui suit ses patients dans le temps peut repérer les patients à risque de développer une IC. La plupart des maladies cardiovasculaires peuvent provoquer ou évoluer vers une IC. Le médecin est vigilant pour les patients atteints de coronaropathies (notamment les séquelles d'infarctus), d'hypertension artérielle (HTA) ancienne, valvulopathies et troubles du rythme (fibrillation atriale) [30]. Les patients diabétiques, les patients obèses et plus généralement les patients en situation d'insulinorésistance sont plus à risque [31]. Les patients atteints d'ICC avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) préservées sont plus souvent de sexe féminin, plus âgés, avec un antécédent d'HTA.

Faire le diagnostic

Le diagnostic tient compte de ce contexte, en écoutant les plaintes du patient et en l'examinant soigneusement. La clinique est fondamentale et des examens complémentaires sont utiles au diagnostic en médecine générale (ECG, radiographie thoracique, dosage de biomarqueurs). L'échocardiographie confirme le diagnostic et quantifie la fonction ventriculaire gauche, avec la mesure de la FEVG. L'IC est dite à FEVG préservée si elle est ≥ 50 %, à FEVG altérée si elle est ≤ 40 %. Entre 40 et 50 %, il s'agit d'une zone « grise » dite « intermédiaire », dont la thérapeutique est à évaluer.

Importance de l'entretien

Un entretien de qualité permet d'envisager le diagnostic dans la plupart des cas. Un essoufflement, survenant souvent initialement à l'effort, une orthopnée, une dyspnée paroxystique nocturne sont recherchées. Une fatigue anormale constitue un signe précoce ainsi qu'un temps de récupération plus lent après l'effort. Le patient peut remarquer des œdèmes des chevilles avec une diminution de sa diurèse, une soif — le corps cherche à augmenter le volume sanguin —, un besoin d'uriner plus fréquemment la nuit. D'autres signes sont plus atypiques comme une toux nocturne, une respiration sifflante, une impression de ballonnements, une perte d'appétit, des palpitations, des étourdissements, une syncope. Se méfier particulièrement de symptômes non spécifiques chez la personne âgée : état confusionnel, troubles du comportement, du sommeil, désorientation, chute. Un état dépressif est volontiers associé à l'ICC.

Examen clinique

Dans bien des cas, l'examen clinique confirme la suspicion d'IC. Les signes congestifs sont recherchés : prise de poids, œdèmes des membres inférieurs, hépatomégalie (douloureuse), reflux hépato-jugulaire, plus rarement une ascite, des crépitants ou épanchement pleural à l'auscultation pulmonaire. L'auscultation cardiaque recherche une tachycardie, un troisième bruit (bruit de galop), un souffle mitral (lié à une insuffisance mitrale fonctionnelle). Le choc de pointe peut être déplacé latéralement, la PA « pincée », les extrémités froides.

L'appréciation clinique est souvent difficile chez les patients obèses et ceux atteints d'une maladie bronchopulmonaire chronique.

Quels examens complémentaires ?

- L'ECG reste de mise dans le bilan initial : toute anomalie renforce le diagnostic. A contrario, un ECG normal n'est pas en faveur d'une IC (sensibilité : 89 %). Il permet de rechercher un syndrome coronarien aigu, d'apprécier un trouble du rythme (fibrillation atriale) ou de la conduction (bradycardie/bradyarythmie) qui guident le traitement [29].
- La radiographie thoracique peut montrer une cardiomégalie, une surcharge péri-hilaire (en cas d'œdème aigu du poumon), un épanchement pleural. Elle peut avoir pour intérêt d'éliminer une infection souvent responsable d'une décompensation cardiaque.
- Le bilan biologique est indispensable. C'est un élément important à transmettre au cardiologue. Prescrire : NFS, CRP, créatinine, urée, débit de filtration glomérulaire (équation de CKD-EPI), ionogramme, albuminémie, bilan lipidique, glycémie, enzymes hépatiques, TSH. Le dosage des biomarqueurs (BNP, NT-proBNP) peut avoir un intérêt pour le suivi de l'ICC, en cas de doute diagnostique ou dans l'attente du rendez-vous avec le cardiologue.

Le médecin généraliste organise le parcours de soins et adresse le patient à son cardiologue référent. Le cardiologue confirme le diagnostic. L'échographie-doppler cardiaque permet de mesurer la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) et de classer l'IC en « IC à fraction d'éjection altérée » ou « IC à fraction d'éjection préservée », avec des critères de trouble de la relaxation et de dysfonction diastolique. Ceci conditionne l'instauration du traitement. Il peut établir la sévérité de l'IC ou le pronostic. Il recherche

une cardiopathie sous-jacente nécessitant un traitement spécifique.

Évaluer les critères de sévérité

La classification de la *New York Heart Association* (NYHA) permet d'évaluer la sévérité de l'IC (tableau 14.2).

Un certain nombre de critères ont été définis comme de mauvais pronostic :

Tableau 14.2 Classification de la sévérité de l'insuffisance cardiaque (NYHA).

Stades	Symptômes
I	Aucune limitation dans les activités physiques habituelles
II	Symptômes pour des efforts importants avec réduction modérée de l'activité physique ; à l'aise au repos, l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée
III	Symptômes à l'effort et réduction marquée de l'activité physique ; une activité physique moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et des signes objectifs de dysfonction cardiaque ; absence de symptôme au repos
IV	Symptômes au repos et limitation sévère de l'activité physique

(D'après : Hurst JW, Morris DC, Alexander RW. The use of the New York Heart Association's classification of cardiovascular disease as part of the patient's complete Problem List. Clin Cardiol 1999;22(6):385–90.)

- dans l'histoire clinique : grand âge, cardiopathie ischémique, antécédent d'arrêt cardiaque « ressuscité » ;
- sur le plan clinique : hypotension artérielle, classes III et IV NYHA ;
- FEVG < 30 % ;
- à l'ECG : complexes QRS élargis, arythmies ventriculaires complexes ;
- biologie : natrémie < 135 mmol/l, DFG < 30 ml/min/1,73 m^2.

Rechercher une cause déclenchante

Le médecin généraliste recherche les causes d'insuffisance cardiaque aiguë responsables d'hospitalisations ou de décès. Une étude en soins primaires a montré que les causes les plus fréquentes à l'origine d'une décompensation étaient une infection respiratoire, une FA rapide (> 110 bpm), le non-respect des recommandations diététiques et la mauvaise adhésion au traitement [32].

En résumé : porter le diagnostic d'insuffisance cardiaque

Le diagnostic est le plus souvent porté chez des patients en ambulatoire, en dehors de tout contexte d'urgence nécessitant une hospitalisation. Le repérage, le diagnostic ou la présomption clinique sont du domaine du médecin généraliste (figure 14.1). Le cardiologue précise le type d'IC et les modalités de prise en charge médicamenteuse.

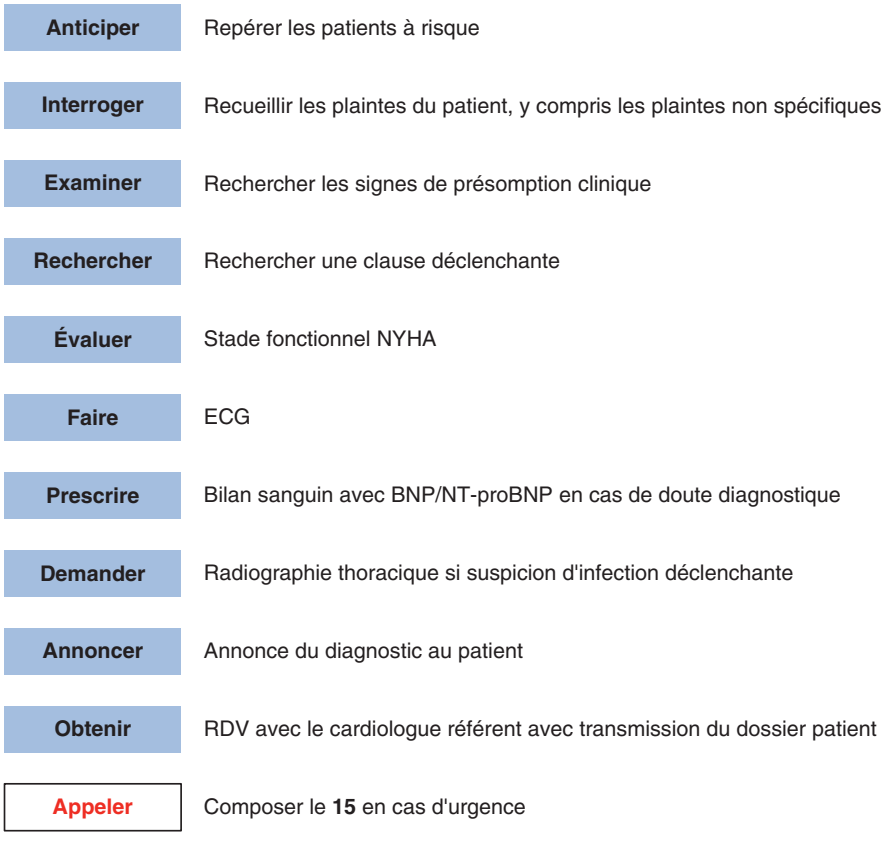


Fig. 14.1 Prise en charge initiale de l'insuffisance cardiaque : liste des tâches.

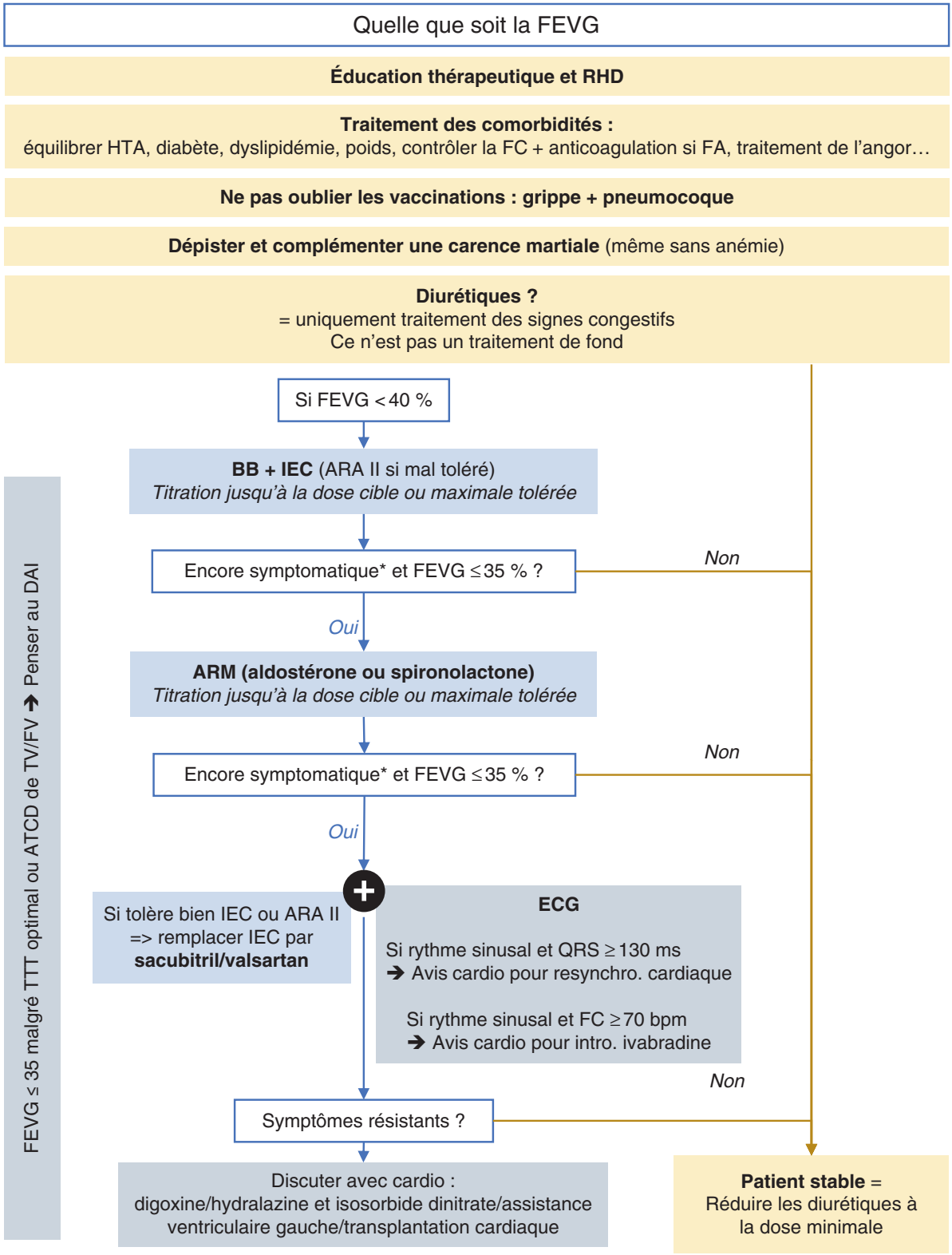


Fig. 14.2 Algorithme thérapeutique pour le traitement optimal de l'insuffisance cardiaque chronique. * Symptomatique : dyspnée de classe NYHA II à IV ; ARM : antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes ; ATCD : antécédents ; BB : bêtabloquant ; DAI : défibrillateur automatique implantable ; FC : fréquence cardiaque ; FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche ; ECG : électrocardiogramme ; IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion ; RHD : règle hygiénodiététique ; TTT : traitement ; TV/FV : tachycardie/fibrillation ventriculaire.
(D'après : Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37(27):2129.)

Prise en charge médicamenteuse sans cesse réévaluée et optimisée

La bonne gestion du traitement est essentielle pour éviter la survenue de décompensations, d'hospitalisations et diminuer significativement la mortalité. Elle repose sur les recommandations de l'ESC de 2016. La prise en charge médicamenteuse du patient insuffisant cardiaque selon sa FEVG et ses symptômes est résumée dans la figure 14.2.

Les patients avec une FEVG ≥ 40 %

Prendre en charge les comorbidités

Concernant les patients présentant une fraction d'éjection préservée ou intermédiaire (≥ 40 %), le traitement repose principalement sur la prise en charge des comorbidités. Il est essentiel d'équilibrer un diabète ou une hypertension artérielle, de traiter une bronchopneumopathie chronique obstructive, de lutter contre le surpoids et la sédentarité. La présence d'une cardiopathie sous-jacente : ischémique, valvulaire ou rythmique, nécessite le traitement optimal (antiagrégants, anticoagulants, bêtabloquants, antiarythmiques selon le cas) et le suivi régulier de l'évolution de la cardiopathie.

Mesures de prévention à ne pas oublier

Des mesures sont à appliquer à tout patient insuffisant cardiaque, quelle que soit leur FEVG. Il s'agit de la vaccination grippale annuelle, de la vaccination antipneumococcique. Penser également à dépister la carence martiale, même sans anémie. Il est démontré que la supplémentation en fer dans ce cas, améliore la tolérance à l'effort. Rechercher un syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Les patients avec une FEVG altérée (< 40 %)

Les recommandations de l'ESC détaillent un algorithme thérapeutique très précis pour cette catégorie de patient. L'algorithme est rappelé par la figure 14.2. Chaque molécule est titrée jusqu'à la dose cible ou maximale tolérée afin d'obtenir un effet protecteur, diminuant la morbimortalité.

Association bêtabloquant-IEC systématique

Tout patient présentant une FEVG < 40 % se voit prescrire de manière systématique un bêtabloquant et un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) en traitement de fond. Ces deux molécules, titrées jusqu'à la dose cible, ont démontré une efficacité importante sur la morbimortalité.

Les IEC améliorent aussi les symptômes (en quelques semaines à quelques mois) et les capacités d'exercice physique. L'introduction est possible en soins primaires chez un patient stable avec un DFG > 30 ml/min et une PAS > 90 mmHg, en dehors d'une décompensation ou dyspnée NYHA IV. Les principales contre-indications sont l'antécédent d'angio-œdème bradykinique et la sténose bilatérale des artères rénales. La fonction rénale et la kaliémie sont vérifiées avant de débuter à la plus petite dose.

IEC	Posologie d'initiation	Posologie cible
Captopril	6,5 mg × 3/j	50 mg × 3/j
Énalapril	2,5 mg × 2/j	20 mg × 2/j
Lisinopril	2,5 mg × 1/j	20 à 35 mg × 1/j
Ramipril	2,5 mg × 1/j	10 mg × 1/j
Trandolapril	0,5 mg × 1/j	4 mg × 1/j

En fonction de la tolérance, la dose peut être doublée toutes les 2 semaines. L'objectif est d'atteindre la dose cible ou maximale tolérée : avoir de petites doses d'IEC est mieux que pas d'IEC du tout.

La surveillance repose sur le dosage de la créatinine, de l'urée et de la kaliémie 1 à 2 semaines après modification des doses puis tous les 4 mois quand la dose est stabilisée. Les risques de l'automédication par AINS (à éviter absolument) sont rappelés au patient. En cas d'intolérance aux IEC, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) est proposé parmi candésartan (dose optimale 32 mg), losartan (dose optimale 150 mg) et valsartan (dose optimale 160 mg).

Un bêtabloquant est introduit chez un patient stable, c'est-à-dire en dehors d'une décompensation récente (survenue moins de quatre semaines auparavant) et présentant une FC ≥ 50 bpm.

Bêtabloquants	Posologie d'initiation	Posologie cible
Bisoprolol	1,25 mg × 1/j	10 mg × 1/j
Carvédilol	3,125 mg × 2/j	25 mg × 2/j
Métoprolol succinate (CR/XL)	12,5-25 mg × 1/j	200 mg × 1/j
Nébivolol	1,25 mg × 1/j	10 mg × 1/j

La collaboration avec le cardiologue est indispensable. Débuter à la plus petite dose et la posologie peut être doublée toutes les 2 semaines jusqu'à la dose cible ou maximale tolérée. Une petite dose vaut mieux que pas de bêtabloquant du tout. La surveillance est essentiellement clinique : FC, PA, symptômes, signes congestifs, poids. Pendant la phase de titration, les patients sont encouragés à se peser quotidiennement (au réveil, dévêtu, après avoir uriné, avant de manger), afin de repérer et traiter précocement les détériorations cliniques et d'augmenter leur dose de diurétique si le poids augmente de plus 1,5 à 2 kg par jour, de façon durable (plus de deux jours).

Antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes (ARM) : en trithérapie

En cas de persistance des symptômes malgré des doses optimales atteintes pour l'association bêtabloquant-IEC, un ARM est ajouté sans délai. L'éplérénone et la spironolactone ont également démontré une efficacité sur l'intensité

des symptômes, la survenue d'hospitalisation et la mortalité pour les doses suivantes.

ARM	Posologie d'initiation	Posologie cible
Éplérénone	25 mg × 1/j	50 mg × 1/j
Spironolactone	25 mg × 1/j	50 mg × 1/j

La posologie d'initiation est prescrite après vérification de la fonction rénale et de la kaliémie. Elle est augmentée 4 à 8 semaines plus tard en fonction de la tolérance et du dosage de la créatininémie et de la kaliémie 4 semaines après l'introduction ou toute modification. Une fois la dose fixée, la créatininémie et la kaliémie sont dosées à 8 et 12 semaines de l'introduction puis à 6, 9 et 12 mois, puis tous les 4 mois.

Si la kaliémie est supérieure à 5,5 mmol/l ou que le DFG descend en dessous de 30 ml/min, le dosage est diminué. Il est stoppé si $K^+ > 6$ mmol/l ou DFG < 20 ml/min. Le patient est prévenu du risque et des signes de déshydratation aiguë (vomissements/diarrhées, infection avec fièvre et sueurs abondantes), qui conduisent à alerter le médecin généraliste ou l'infirmière.

Inhibiteur de la néprilysine, le sacubitril

Ayant prouvé son efficacité sur la morbi-mortalité, le sacubitril en association avec le valsartan est apparu dans les recommandations de 2016. Ce médicament est utilisé en remplacement de l'IEC, en association avec le bêtabloquant et l'ARM, lorsque le patient présente toujours une FEVG < 35 % et une dyspnée stade II ou plus, malgré une trithérapie bêtabloquant-IEC-ARM aux doses optimales. L'introduction est possible en soins primaires chez un patient stable avec une PAS ≥ 100 mmHg au moins 36 heures après l'arrêt de l'IEC. La plus petite dose est utilisée à l'introduction.

ARNI	Posologie d'initiation	Posologie cible
Sacubitril/valsartan	49 mg/51 mg	97 mg/103 mg

Une dose initiale de 24 mg/26 mg deux fois par jour doit être envisagée chez les patients ayant une PAS comprise entre 100 et 110 mmHg ou une insuffisance rénale modérée ou sévère (DFG < 60 ml/min/1,73 m^2). La surveillance repose sur la mesure de la PA. La dose peut être doublée toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à la dose cible, en fonction de la tolérance du patient.

Une prise en charge conjointe avec le cardiologue

Dans les cas où la trithérapie bêtabloquant-IEC-ARM est insuffisante, en plus de l'introduction de sacubitril/valsartan, d'autres mesures peuvent être proposées en concertation avec le cardiologue. L'évolution de l'électrocardiogramme est alors décisive. Chez un patient présentant un rythme sinusal et un bloc de branche avec un QRS > 130 ms, la resynchronisation cardiaque peut être proposée en cas de FEVG ≤ 35 %. L'utilisation d'ivabradine est également proposée en cas de rythme sinusal avec persistance d'une FC ≥ 70 bpm. Son introduction et le dosage seront menés en concertation avec le cardiologue référent.

Chez un patient présentant un antécédent de fibrillation ventriculaire ou de tachycardie ventriculaire quelle que soit sa FEVG, ou présentant toujours une FEVG ≤ 35 % malgré un traitement optimal, la pose d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) est indiquée.

Enfin, dans les cas d'IC dite « terminale », résistante aux traitements précédemment décrits, le cardiologue, souvent en hospitalisation, propose en fonction du cas : l'introduction de digoxine et d'isosorbide dinitrate, la mise en place d'une assistance ventriculaire gauche ou la transplantation cardiaque.

Devant une décompensation : « insuffisance cardiaque aiguë »

En cas de signes congestifs, les diurétiques de l'anse sont utilisés. L'élément déclencheur de la décompensation est recherché et traité : un événement infectieux, un écart de régime, une décompensation ou une aggravation d'une des comorbidités, une détérioration de la fonction rénale (prise d'AINS) par exemple. Les diurétiques thiazidiques sont utilisés chez les patients présentant une fonction rénale conservée et des symptômes congestifs modérés. Cependant, la majorité des patients requièrent l'utilisation de diurétiques de l'anse au vu de la sévérité des symptômes d'insuffisance cardiaque et de la détérioration constante de la fonction rénale.

Introduction et adaptation de la dose

La fonction rénale et les électrolytes, notamment la kaliémie, sont évalués avant ou au moment de l'introduction. Chez un patient qui n'en a jamais pris, on commence par une dose de 20 à 40 mg de furosémide ou 0,5 à 1 mg de bumétanide par jour. En cas de résistance avec l'augmentation des doses de furosémide, il est possible de rajouter de l'hydrochlorothiazide pour relancer la diurèse si la fonction rénale le permet.

Diurétiques de l'anse	Posologie d'initiation	Posologie usuelle
Furosémide	20-40 mg/j	40-240 mg/j
Bumétanide	0,5-1 mg/j	1-5 mg/j

La plus petite dose efficace est recherchée avec pour objectif une diurèse positive et une baisse du poids de 0,75 à 1 kg par jour.

Le patient est éduqué à l'adaptation des doses en fonction de ses symptômes et l'évolution de son poids (pesée quotidienne). Il est alors informé qu'il doit alerter son médecin et

baisser les doses en cas de perte hydrique par vomissement, diarrhées ou sueurs abondantes.

Surveillance et tolérance

La tolérance est évaluée en surveillant la PA et la fonction rénale. Un dosage de créatininémie, de l'urée et de la kaliémie 1 à 2 semaines après l'initiation du traitement ou toute augmentation de dosage est indiqué.

Et après ?

Une fois les signes congestifs disparus et la cause de la décompensation traitée, les diurétiques sont diminués progressivement à la dose minimale permettant le contrôle des signes congestifs avec le retour au « poids sec ». Ils sont même arrêtés si possible. Il ne s'agit en aucun cas d'un traitement de fond. Une diurèse excessive est plus dangereuse que l'œdème lui-même. Au long cours, les diurétiques n'ont pas d'incidence sur la morbi-mortalité. Ils servent donc uniquement à soulager les symptômes congestifs.

À distance de la décompensation, la fonction cardiaque est réévaluée par la clinique et une nouvelle échocardiographie, afin d'adapter le traitement. Ce sont des éléments indispensables de suivi.

Suivi du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique

Le médecin généraliste met tout en œuvre pour favoriser une bonne adaptation du patient à sa maladie, le faire bénéficier des traitements qui ont fait preuve d'efficacité et veiller à sa qualité de vie. Il constitue et articule un véritable réseau autour du patient avec son cardiologue référent et l'équipe de soins primaires : infirmières, particulièrement infirmières d'éducation thérapeutique, pharmacien et kinésithérapeute. Le recours à un réseau de soins spécialisé peut être une solution intéressante pour certains patients.

Annonce diagnostique

L'IC demande au patient une bonne compréhension des mécanismes de la maladie — peu de patients rapportent leurs symptômes au dysfonctionnement de leur cœur. Une ou des consultations dédiées sont consacrées à cet objectif, en insistant sur l'explication des traitements, des signes d'aggravation qui doivent amener le patient à consulter rapidement (par exemple, mécanisme de la dyspnée, suivi régulier du poids et apparition d'œdème des membres inférieurs, fatigue anormale) et en s'assurant de la compréhension des informations. Ces moments de libre échange peuvent être également l'occasion de suggérer au patient la rédaction de ses directives anticipées.

Démarche d'éducation thérapeutique du patient

L'adaptation à la maladie nécessite des changements de comportements qui ne doivent pas être vécus comme une contrainte, mais qui sont de nature à améliorer la qualité de vie tout en prenant du plaisir. Le médecin généraliste peut dispenser des séances d'éducation thérapeutique lui-même ou confier le patient à une infirmière (type ASALEE, infirmière en pratiques avancées ou de réseau d'ICC).

Le mode de vie du patient, ses attentes, ses besoins sont recueillis, ses capacités au changement évaluées pour envisager avec lui des objectifs portants sur :

- les modifications diététiques, avec une restriction sodée, en se méfiant des régimes hyposodés stricts chez les personnes âgées, la correction des facteurs de risque associés : diabète, hyperlipidémie, obésité, tabagisme, alcool ;
- la lutte contre la sédentarité en envisageant avec le patient une activité physique adaptée. Les possibilités du patient, ses goûts sont évalués pour fixer un objectif partagé et mesurable. Certains patients bénéficieront d'un séjour en centre de réadaptation cardiaque, d'autres pourront être aidés par leur kinésithérapeute, des associations de promotion de l'activité physique, le club de gymnastique. L'animal de compagnie est souvent un élément motivationnel pour la marche à pied !
- l'observance du traitement, des mesures hygiéno-diététiques et du suivi médical régulier. Expliquer les indications des médicaments, les possibilités d'adaptation de la prise de diurétiques à l'activité journalière ou à l'alimentation. Pointer les risques de certains traitements en automédication (AINS surtout). En cas de doute sur la bonne observance, s'appuyer sur le pharmacien et les infirmières.

Le médecin généraliste s'assure des capacités cognitives de son patient, les évalue de façon précise. En cas d'atteinte cognitive, il mobilise autour du patient les aidants familiaux, sociaux, infirmières libérales et pharmaciens.

Parcours de soins du patient (figure 14.3)

Le médecin généraliste traite son patient pour l'ICC et également pour l'ensemble de ses pathologies. Le rythme du suivi dépend de la sévérité de l'atteinte cardiaque, de la sévérité de l'insuffisance rénale, des facteurs de risque et comorbidités associées. Ceci conditionne la fréquence des examens cliniques, des réévaluations cardiologiques et vérifications biologiques. Deux éléments sont importants pour le suivi : la courbe de poids du patient et le dosage du BNP ou du NT-proBNP, qui a montré son intérêt pour la diminution des ré-hospitalisations et de la mortalité de toutes causes de ces patients [33]. Il a également un intérêt lors d'une hésitation pour le diagnostic. Il faut bien connaître les limites de ce dosage.

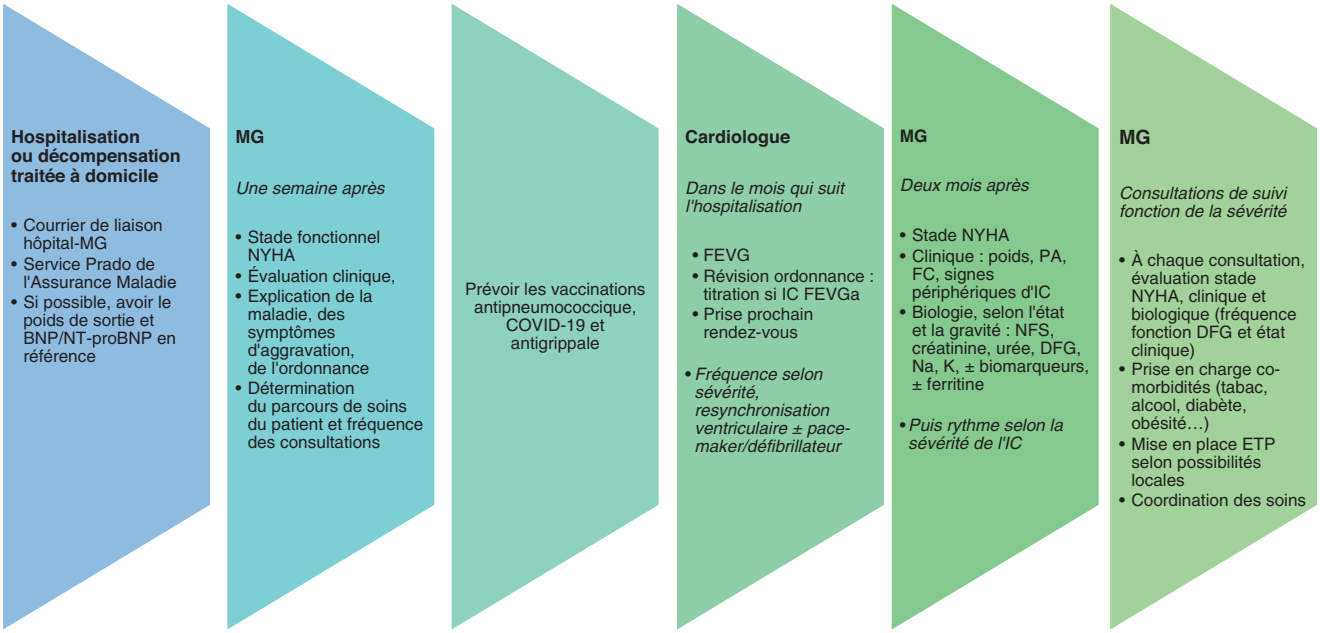


Fig. 14.3 Parcours de soins du patient insuffisant cardiaque chronique. Prado : programme de retour à domicile ; BNP : *Brain Natriuretic Peptide* ; NYHA : *New York Heart Association* ; FEVG : fraction d'éjection ventricule gauche ; NFS : numération formule sanguine ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; ETP : éducation thérapeutique du patient

Le patient en situation d'arythmie supraventriculaire (fibrillation, flutter)

Yoann Gaboreau

La fibrillation atriale (FA) et le flutter atrial sont les troubles du rythme de l'oreillette les plus fréquents : 2 % de la population générale avec un ratio homme/femme de 2:1. La prévalence augmente avec l'âge : 4 % à 60 ans, 15 % à 80 ans [34]. La morbimortalité associée à la FA apparaît sévère : taux de mortalité multiplié par 2 toutes causes confondues (30 % attribués aux AVC ischémiques secondaires), un taux d'hospitalisation de 10 à 40 % par an. Les dépenses consacrées à ces troubles rythmiques avoisineraient 1 % des dépenses de santé [35]. Le flutter atrial est à considérer comme une forme organisée de la FA de par leur proximité physiopathologique et leur fréquence d'association. Ils résultent de la désorganisation de la conduction électrique coordonnée au sein des cavités cardiaques. L'origine des signaux électriques semble alors provenir le plus souvent des veines pulmonaires au lieu du nœud sino-auriculaire. La conduction amène une activité chaotique des oreillettes avec une fréquence de l'ordre de 350 à 500 bpm. Le nœud auriculoventriculaire joue alors le rôle de modulateur imparfait des impulsions électriques auriculaires, permettant la réduction du rythme ventriculaire devenu irrégulier, parfois à haute fréquence (entre 80 et 200 bpm).

La FA est souvent associée à des comorbidités influençant le remodelage du tissu cardiaque menant à sa chronicisation. Les enjeux sont de prendre en charge les cardiopathies sous-jacentes (maladie coronarienne, HTA, IC, valvulopathie, dysfonction ventriculaire gauche, cardiomyopathie…), de limiter les complications thromboemboliques et la survenue de l'insuffisance cardiaque (IC), de maintenir une qualité de vie confortable.

Le patient en situation d'arythmie : repérage et diagnostic en médecine générale

Repérer les patients à risque

Les situations à risque apparaissent nombreuses et fréquentes en médecine générale. En tête, se trouvent les affections cardiaques : HTA, valvulopathies, cardiomyopathies, dysfonction ventriculaire gauche y compris sous sa forme d'IC, SCC ; de manière plus rare : chirurgie cardiaque, malformation cardiaque congénitale, myocardite, péricardite, maladie du nœud sinusal ou tachycardie supraventriculaire. Parmi les affections pulmonaires se trouvent l'emphysème, la BPCO, l'asthme, l'hypertension artérielle pulmonaire, l'embolie pulmonaire par mécanisme d'augmentation de pression de l'artère pulmonaire, l'apnée du sommeil par hypoxie et accélération de la fréquence cardiaque. Les autres causes fréquentes non cardiorespiratoires sont : l'âge au-delà de 65 ans, l'obésité, le mésusage de l'alcool, l'hyperthyroïdie, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'hypokaliémie et les infections ont été associés à la survenue d'une FA. Les patients présentant un tonus vagal élevé sont plus enclins à développer une FA ou bien les patients bénéficiant d'une

chirurgie non cardiaque, surtout si l'âge est supérieur à 65 ans.

La FA peut aussi être recherchée au décours des explorations complémentaires dans le cadre de ses complications : poussée d'IC ou complication thromboembolique artérielle (AVC/AIT, embolie artérielle périphérique).

Faire le diagnostic

Entretien

Le patient peut être totalement asymptomatique. Il peut tout aussi décrire des palpitations, l'impression d'un « emballement » du cœur, de battements ou d'un pouls irrégulier. Dans certaines formes, le patient peut aussi présenter des douleurs thoraciques parfois angineuses, des sueurs, des sensations vertigineuses, une dyspnée ou une asthénie inhabituelle aux efforts voire un malaise (lipothymie ou syncope). De l'anxiété ou des troubles de la concentration ou des nausées ont été décrits.

Examen clinique

La FA peut être découverte de manière tout à fait fortuite au décours d'un enregistrement chez un patient asymptomatique (prévalence estimée à 25 %) réalisé pour toute autre raison ou lors de l'exploration d'une complication. La FA est suspectée devant la présence d'un rythme irrégulier durant l'examen à la prise du pouls ou à l'auscultation cardiaque, parfois d'une tachycardie. L'ECG à 12 dérivations reste l'examen de choix pour poser le diagnostic et rechercher des éléments étiologiques. Il se caractérise par l'absence d'onde P sinusale, remplacée par des ondes f irrégulières en amplitude et variable en morphologie, conférant à la ligne de base un aspect de trémulation. Les intervalles RR sont classiquement irréguliers. Ces derniers peuvent être réguliers en cas de bloc auriculoventriculaire complet ou de flutter atrial.

Dans la situation d'un doute diagnostique persistant ou d'un ECG sinusal accompagné d'éléments cliniques très évocateurs, un recours au cardiologue est envisagé.

Une instabilité hémodynamique à travers des signes d'hypotension artérielle mal tolérée, d'une instabilité coronarienne, d'une décompensation cardiaque ou d'œdème pulmonaire est à rechercher au décours de l'examen clinique.

Des facteurs déclenchants permettent de contrôler un facteur modifiable comme l'exercice soutenu, la prise d'alcool ou de stupéfiants, une situation stressante, un épisode infectieux, de la fièvre, une diarrhée (hypokaliémie), des symptômes d'hyperthyroïdie, une intervention chirurgicale, un défaut d'adhésion médicamenteuse ou une iatrogénie (hypokaliémiants).

Stratégies de repérage en médecine générale

Si le diagnostic de FA apparaît accessible dans sa forme persistante, symptomatique ou non, il devient ardu dans sa forme paroxystique, posant un réel problème diagnostique. Le patient est associé à la démarche en l'informant au préalable de l'hypothèse du médecin, du parcours de soins prévisible, des explorations disponibles et de leur intérêt potentiel (complications redoutées de la FA).

Parmi les propositions disponibles en soins primaires, le plus simple est de privilégier l'enregistrement par un ECG lors de la crise par un médecin se rendant disponible au cours d'une demande de soins non programmée. Cette stratégie peut être proposée devant des symptômes rares (moins d'un par mois) mais de durée longue (plus d'une heure). Lors d'une suspicion de FA silencieuse, la réalisation d'un ECG à partir de 75 ans est directement possible [36]. À partir de 65 ans, encourager le patient à faire une automesure de sa fréquence cardiaque conduisant à la réalisation d'un ECG en cas d'irrégularité du rythme perçu apparaît une stratégie coût-efficace. Les autres propositions consistent à avoir recours au cardiologue afin de proposer un holter-rythme de courte durée (24 à 48 heures) en cas de symptômes perçus brefs (sous 15 minutes), un holter de longue durée (15 jours) en cas de symptômes occasionnels voire un holter implantable en cas d'exploration d'un AVC cryptogénique sans autre argument étiologique. L'objectif médical est d'anticiper la complication thromboembolique par la prise d'anticoagulant au long cours.

L'essor des nouvelles technologies vouées au diagnostic d'arythmie a vu le jour dans l'objectif de pouvoir les détecter quelles que soient les circonstances de survenue. Accessibles directement par les patients, les applications « santé » des smartphones ou des tablettes n'ont pas pour l'heure été validées comme thérapie digitale (*Digital Therapeutics*) par les autorités de santé. Elles apparaissent peu fiables, avec de nombreux artéfacts. Des technologies plus évoluées utilisent le smartphone en lui couplant des électrodes permettant l'enregistrement d'une dérivation. Certains dispositifs sont validés par la *Food and Drug Administration* et devraient être disponibles sur le marché français dans les prochaines années.

Examens complémentaires

Les examens complémentaires proposés par le médecin généraliste consistent à rechercher des facteurs précipitants : une hyperthyroïdie (TSH), une hypokaliémie (ionogramme sanguin), une hyperleucocytose ou une anémie (hémogramme), un syndrome inflammatoire (CRP). Une exploration de la cascade de la coagulation (taux de prothrombine, temps de céphaline activée), du débit de filtration glomérulaire (DFG), d'une atteinte hépatique (ASAT, ALAT, bilirubinémie) et la recherche d'une anémie sont réalisées en examens préthérapeutiques liés à la prescription d'anticoagulants.

Quand adresser le patient ?

Le recours au cardiologue se fait à l'occasion de la confirmation diagnostique, de la recherche des facteurs étiologiques (recherche de cardiopathie ou de maladie pulmonaire par échographie transthoracique en premier lieu, épreuve d'effort ou imagerie de stress, polygraphie de ventilation si nécessaire ensuite). En cas de persistance d'un doute diagnostique en l'absence d'enregistrement du trouble du rythme, le cardiologue peut avoir recours au recueil de données à partir d'un moniteur externe en boucle (*External Loop Recorder*) ou de bandes adhésives (dispositif externe conservé 1 à 2 semaines déclenché soit manuellement en cas

de symptômes soit automatiquement), d'un enregistreur en boucle implantable (dispositif sous-cutané placé en position thoracique antérieure pouvant enregistrer l'activité cardiaque durant 3 années).

Suivi du patient arythmique

Une stratégie en cinq temps peut être mise en place :
- obtenir un équilibre hémodynamique ;
- repérer les facteurs précipitants et les FDRCV associés pour les prendre en charge (prévention primaire et secondaire) ;
- prévenir les événements thromboemboliques (prévention tertiaire) ;
- contrôle de la FC (gestion des symptômes et qualité de vie) ;
- contrôle du rythme cardiaque (prévention tertiaire).

L'un des enjeux pour le patient réside dans sa prise en charge précoce dès les premiers épisodes de FA. En effet, une FA paroxystique (épisodes brefs de moins de 7 jours de résolution le plus souvent spontanée) évolue vers une FA persistante (durée des épisodes supérieure à 7 jours) à 10 ans dans 50 % des cas. Plus le patient maintient son rythme en FA, plus il est enclin à remodeler son tissu myocardique, ce qui favorise la récidive puis la persistance du trouble du rythme dans les mois puis les années à venir. Chaque modification du rythme (passage en FA ou retour au rythme sinusal) constitue un risque de complication thromboembolique. La prise en charge des facteurs étiologiques ou précipitants modifiables retrouvés constitue un autre enjeu à moyen et long terme, limitant le remodelage du tissu cardiaque à son tour.

Phase aiguë, l'information du patient

L'initiation du traitement peut se faire par le médecin généraliste dès la confirmation du diagnostic au cabinet avec le soutien du cardiologue. Il vérifie l'absence d'instabilité hémodynamique en premier lieu et de contre-indication médicamenteuse, informe le patient et présente la balance bénéfice-risque.

Deux stratégies se mêlent : le contrôle des symptômes et la prévention des complications. Cette dernière concerne la mise en œuvre d'une anticoagulation avec deux objectifs : le premier est de préparer une éventuelle cardioversion électrique ou médicamenteuse dans les 3 semaines qui suivent (sauf le cas d'une FA de moins de 48 heures, pouvant bénéficier d'une cardioversion d'emblée), le second est de prévenir la complication redoutée : l'AVC. Puis deux autres objectifs se discutent [37–39] : le contrôle du rythme cardiaque (visant le retour à l'état sinusal) et le contrôle de la fréquence cardiaque (visant une meilleure tolérance). En l'absence d'instabilité hémodynamique, la décision est collégiale, tenant compte des préférences du patient, de ses caractéristiques médicales, de l'organisation territoriale et des disponibilités du cardiologue.

Stratégie de prévention tertiaire

L'évaluation du risque thromboembolique prend en compte plusieurs paramètres : la FA d'origine « valvulaire » suffit à elle seule pour porter l'indication (valvulopathie mitrale, valves mécaniques et valvulopathies hémodynamiquement significatives). Les FA dites « non valvulaires » peuvent s'évaluer par le score CHA_2DS_2-VASc principalement validé sur population hospitalière. Une première étude sur registre [40] confirme que les patients issus des soins primaires sont moins à risque thrombotique (30 % ont un score ≤ 2 contre 20 % en soins hospitaliers). Elle apporte une notion encore peu connue : à score identique toutes choses égales par ailleurs avec un score ≥ 3, les patients de soins primaires ont entre 20 et 45 % de risque en moins de présenter un AVC par rapport à une population hospitalière. Par exemple, taux d'incidence de 2 (IC95 % = [1,8 ; 2,2]) pour 100 personnes-années pour un score = 3, à 3,9 (IC95 % = [3,5 ; 4,2]) pour un score = 5. Enfin, malgré les 70 000 patients inclus dans l'analyse, les preuves sont insuffisantes pour montrer un bénéfice clinique net de la warfarine, AVK de référence (les anticoagulants oraux directs [AOD] étaient alors non disponibles dans le registre) chez les hommes ayant un score CHA_2DS_2-VASc = 1 ainsi que chez les femmes ayant un score CHA_2DS_2-VASc = 2.

Les recommandations proposent l'anticoagulation dès ces seuils, ne faisant pas la distinction du contexte de soins [36]. Au-delà, les données sont convergentes en faveur d'une anticoagulation avec une réserve sur l'unique existence de données sur bases en soins primaires et un taux d'incidence moindre [41, 42]. L'aspirine n'a plus aucune place de prévention thromboembolique dans la FA.

L'évaluation du risque hémorragique en soins primaires est quant à lui plus incertain. Les différents scores existants (HAS-BLED, ORBIT, ATRIA…) peinent à montrer leur capacité prédictive dans cette population avec des facteurs de risque hémorragiques/thrombotiques se recoupant (âge, HTA, antécédent d'AVC…). De plus, ils ont été davantage étudiés avec les AVK alors que les AOD (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) semblent avoir un rapport bénéfice-risque au moins équivalent aux AVK dans les essais contrôlés de non-infériorité voire légèrement plus favorables dans la FA non valvulaire auprès des populations y compris en soins primaires [43–45]. Les AOD restant contre-indiqués dans la FA valvulaire, les AVK gardent toute leur place ou comme alternative thérapeutique aux AOD. À ce stade, une stratégie d'action sur les facteurs de risque hémorragique potentiel modifiables semble la plus adaptée : optimiser le contrôle tensionnel, rechercher, explorer, traiter les anémies, adopter une attitude de néphroprotection, d'hépatoprotection, limiter la consommation d'alcool, agir sur les facteurs de risque de chute, éviter l'iatrogénie par interaction avec d'autres classes médicamenteuses.

Concernant la stratégie de contrôle des symptômes, dans un premier temps, la stratégie du contrôle de la FC apparaît raisonnable, avec pour objectif une FC de repos < 110 bpm par bêtabloquant ou par inhibiteur calcique en l'absence de contre-indication (tableau 14.3). Une stratégie de contrôle rythmique est proposée chez les patients symptomatiques insuffisamment contrôlés. Le cardiologue est à l'initiative du traitement antiarythmique, le choix reste dépendant de paramètres non disponibles pour le médecin généraliste. Ce dernier garde à l'esprit de privilégier la sécurité du patient plutôt que l'efficacité qui est somme toute modeste. Chez le patient asymptomatique, le contrôle rythmique par médi-

Tableau 14.3 **Médicaments de contrôle du rythme cardiaque dans la fibrillation auriculaire.**

	Posologie
Bêtabloquants	
Métoprolol	100–200 mg 1 ×/j
Bisoprolol	2,5–10 mg 1 ×/j
Aténolol	25–100 mg 1 ×/j
Nodalol	40–80 mg 1 ×/j
Propanolol	10–40 mg 3 ×/j
Carvédilol	3,125–25 mg 3 ×/j
Inhibiteurs calciques non dihydropyridines	
Diltiazem	60 mg 3 ×/j à 360 mg 1 ×/j
Vérapamil	40 mg 3 ×/j à 360 mg 1 ×/j
Glycosides digitaliques	
Digoxine	0,125–0,5 mg 1 ×/j
Autres	
Amiodarone	100–200 mg 1 ×/j

caments n'a pas montré de réduction de la mortalité par rapport au contrôle de la FC [35]. La réalité de l'absence de symptôme est à vérifier au cours d'un entretien approfondi voire la réalisation de tests de sensibilisation pour détecter une fatigabilité à l'effort que le patient n'aurait pas perçu. Le développement des techniques interventionnelles de type « ablation » consiste en une cautérisation d'une ou plusieurs voies de conduction électrique participant au déclenchement ou au maintien du trouble du rythme. Elle vise à réaliser un blocage définitif, anatomique, des voies de conduction ou isoler une zone anatomique pathologique afin de favoriser le retour à l'état sinusal. Elle constitue une option thérapeutique rarement proposée au patient en première intention (cardiopathie rythmique inaugurale avec insuffisance cardiaque, par exemple), plus souvent après une approche antiarythmique médicamenteuse. Des études ont établi sa supériorité dans le contrôle du rythme cardiaque par rapport à une approche médicamenteuse dans la prévention des récidives de la FA. Ceci constitue un enjeu notable dans la prise en charge au long cours de ces patients sur la survenue d'une IC, mais pour le moment sans preuve d'impact sur la mortalité [46].

La survenue d'une hémorragie, même sévère, ne remet pas en question l'indication de l'anticoagulation. Son arrêt peut être temporaire, le temps de traiter l'étiologie. Sa reprise est secondairement discutée avec le patient selon ses préférences par une équipe pluriprofessionnelle. Aucune donnée scientifique n'est disponible concernant la meilleure stratégie thérapeutique.

L'âge est le facteur majeur de survenue d'un AVC, les patients âgés présentant une FA sont les plus susceptibles de bénéficier de l'anticoagulation (pourtant sous-utilisée). Le patient est invité à exprimer ses priorités et objectifs en termes de qualité de vie, afin de mettre en place une gestion des symptômes par la stratégie du contrôle de la fréquence et du rythme cardiaque. Les symptômes en lien avec la FA peuvent être moins gênants que ceux associés à d'autres comorbidités à cet âge. Le risque d'iatrogénie majeur avec ces classes thérapeutiques est à prendre en compte.

Le suivi au long cours du patient présentant une FA est partagé entre le cardiologue traitant, le médecin généraliste, l'infirmière en pratique avancée sur :

- le contrôle des FDR et des comorbidités : obésité, HTA, insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, valvulopathie, diabète, sédentarité… ;
- l'anticoagulation : l'adhésion médicamenteuse, la recherche de nouvelles interactions médicamenteuses, l'ajustement thérapeutique aux nouvelles conditions cliniques et comorbidités ;
- le contrôle des symptômes (contrôle du rythme et de la fréquence) : qualité de vie, capacité physique, fonction ventriculaire, insuffisance cardiaque, hospitalisation, effets secondaires médicamenteux (y compris trouble du rythme symptomatique, syncope, lipothymie) ;
- le développement des compétences des patients dans l'autogestion de leur maladie.

Le patient atteint d'une maladie thromboembolique veineuse

Yoann Gaboreau, Paul Frappé

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) rassemble la thrombose veineuse superficielle (TVS), la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP). Chacune résulte d'un thrombus dans le réseau veineux dans des localisations différentes, respectivement le réseau veineux superficiel, le réseau veineux profond et les veines pulmonaires. Le phénomène biologique de la thromboembolie est fréquent, dans plus de 50 % des cas distal et asymptomatique. C'est une maladie prévalente qu'un médecin généraliste français est amené à suspecter une à trois fois par mois, avec une confirmation du diagnostic une à deux fois sur dix [47, 48]. Son caractère symptomatique est aspécifique et rend son diagnostic malaisé comme en témoignent les recommandations de 2019 [49]. Elle est potentiellement grave mais curable, la mortalité hospitalière toutes causes à 1 mois ayant été mesurée à 12 % pour l'EP et 6 % pour la TVP isolée [50, 51]. La recherche d'une TVS peut se justifier par sa fréquente association avec une TVP (25 %) et à une EP (5 %), ses complications potentielles, son inconfort et son caractère curable [52, 53]. La survenue d'un thrombus est favorisée par trois éléments constituant la triade de Virchow, toujours d'actualité, composée d'une lésion pariétale par altération de l'endothélium vasculaire, la stase veineuse et l'hypercoagulabilité. De ces éléments, les facteurs de risque de survenue d'une MTEV peuvent être déduits.

Le patient atteint d'une maladie thromboembolique veineuse : repérage et diagnostic en médecine générale

Repérage des facteurs de risque de maladie thromboembolique veineuse

Différentes classifications des facteurs de risque existent : les facteurs de risque dits majeurs (facteurs dont la présence a un impact majeur sur la décision de poursuivre ou non la durée du traitement anticoagulant) ou mineurs (facteurs venant moduler la décision de persistance du traitement anticoagulant) (tableau 14.4). Les facteurs majeurs sont responsables d'au moins pour moitié des causes de récidive de MTEV à l'arrêt du traitement anticoagulant ou augmentent par 10 la fréquence de survenue d'une première MTEV (sauf les facteurs hormonaux, d'un rapport 3 à 10).

La distinction entre MTEV se fait entre un caractère « provoqué » par des facteurs transitoires ou permanents ou un caractère « non provoqué ». Cette distinction a un impact sur la prise en charge thérapeutique. Le caractère provoqué regroupe l'ensemble des situations transitoires, les cancers actifs et les maladies inflammatoires articulaires et intestinales. Les autres situations revêtent du caractère « non provoquant » témoignant d'un caractère endogène non modifiable à risque de récidive d'événements thromboemboliques [54].

Tableau 14.4 **Facteurs de risque de survenue et de récidive de maladie thromboembolique veineuse.**

	Transitoires	Persistants
Facteurs majeurs	Chirurgie avec anesthésie générale > 30 minutes dans les 3 derniers mois	Cancer actif
	Fracture des membres inférieurs dans les 3 derniers mois	Thrombophilies sévères : déficit en AT, SAPL
	Immobilisation > 3 jours pour motif médical aigu dans les 3 derniers mois	
	Contraception estroprogestative, grossesse, post-partum, césarienne, traitement hormonal substitutif de la ménopause	
Facteurs mineurs	Chirurgie avec anesthésie générale < 30 minutes dans les 2 derniers mois Traumatisme d'un membre inférieur non plâtré avec mobilité réduite ≥ 3 jours	Thrombopénies non sévères : déficit en protéine C, en protéine S, mutation homozygote du facteur V et du facteur II
		Maladies inflammatoires chroniques digestives ou articulaires
	Immobilisation < 3 jours pour motif médical aigu dans les 2 derniers mois	Antécédent personnel ou familial au premier degré de MTEV, âge avancé, obésité, varices ou insuffisance veineuse symptomatique
	Voyage > 6 heures	

Éléments diagnostiques

Les symptômes et signes cliniques évocateurs d'une EP ou d'une TVP sont variés, peu sensibles et aspécifiques. Par ordre de sensibilité (Se) décroissante dans l'EP : dyspnée (Se = 80 %), polypnée, douleur thoracique pariétale (Se = 52 %), tachycardie > 100 bpm (Se = 26 %), toux, syncope, signes de TVP, douleur thoracique rétrosternale, hémoptysie, cyanose, fièvre > 38,5 °C. Concernant la TVP : douleur locale (Se = 78 %), induration (Se = 76 %), signe de Homans (Se = 56 %), érythème (Se = 24 %). Associé à son jugement implicite, le médecin généraliste peut s'appuyer sur différents scores cliniques, afin de mener une évaluation objective. Pour la TVP le score de Wells (tableau 14.5), pour l'EP le score de Genève révisé (tableau 14.6) permettent de classifier le patient en probabilité faible (< 10 %), intermédiaire (10 à 30 %), forte (> 30 % pour la TVP, 50 % pour l'EP) [55, 56].

Les signes et symptômes évoquant une TVS sont, par ordre de prévalence décroissante : la douleur (prévalence de 72 à 100 %), la chaleur (10 à 75 %), le développement de veines collatérales (16 à 20 %) ou l'œdème (11 à 20 %). Aucun score clinique n'existe.

La démarche diagnostique devant une suspicion d'EP peut être initiée en ambulatoire mais cela ne doit pas ralentir sa prise en charge devant sa gravité potentielle. Elle doit aboutir dans les 24 heures. Une haute probabilité clinique conduit à proposer en urgence un angioscanner thoracique

Tableau 14.5 **Score de Wells pour la TVP. Probabilité de TVP : – < 1 : basse (5 %). – 1 à 2 : intermédiaire (17 %). – ≥ 3 : élevée (53 %).**

	Points
Cancer actif dans les 6 derniers mois en traitement actif ou palliatif	1
Paralyse, parésie ou immobilisation plâtrée récente du membre inférieur	1
Alitement récent pendant plus de 3 jours et/ou chirurgie majeure depuis moins de 12 semaines requérant une anesthésie régionale ou générale	1
Douleur à la pression sur le trajet du système veineux profond	1
Œdème de tout le membre inférieur	1
Circonférence du mollet > 3 cm vs autre mollet mesuré à 10 cm sous la tubérosité tibiale	1
Œdème prenant le godet unilatéral	1
Veines collatérales superficielles non variqueuses	1
Antécédent de TVP documenté	1
Diagnostic alternatif aussi probable ou plus probable*	–2

* Par exemple, kyste de Baker, cellulite, dommage musculaire, syndrome post-phlébitique, lymphadénopathie inguinale, compression veineuse externe.
(D'après : Wells PS, Anderson DR, Rodger M et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. N Engl J Med 2003;349: 1227–235.)

Tableau 14.6 **Score de de Genève révisé pour l'EP. Probabilité clinique : – Faible : 0 à 3 points. – Intermédiaire : 4 à 10 points. – Élevée : ≥ 11.**

		Points
Facteurs de risque	Âge > 65 ans	1
	Antécédent de TVP ou d'EP	3
	Chirurgie (sous AG) ou fracture du membre inférieur datant de moins de 1 mois	2
	Cancer actif ou en rémission depuis moins d'un an	2
Symptômes	Douleur unilatérale d'un membre inférieur	3
	Hémoptysie	2
Signes cliniques	Fréquence cardiaque :	
	75–94/min	3
	≥ 95/min	5
	Douleur à la palpation d'un trajet veineux ou œdème unilatéral d'un membre inférieur	4

(D'après : Le Gal G, Righini M, Roy PM, Sanchez O, Aujesky D, Bounameaux H, et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Ann Intern Med 2006;7(144):165–71.)

et un recours hospitalier. Une probabilité intermédiaire ou faible conduit à proposer en première intention un dosage de D-dimères. Une valeur en dessous du seuil permet de proposer une surveillance rapprochée à domicile avec une probabilité clinique < 3 %. Le seuil est actuellement défini en ambulatoire par 500 µg/l ou Âge × 10 pour les patients > 50 ans. Ce seuil est uniquement applicable dans la suspicion d'EP ambulatoire. Aucune autre analyse biologique n'est nécessaire en cabinet. En cas de seuil franchi, le patient est référé pour compléter les explorations radiologiques. Une anticoagulation curative peut être proposée en cas de probabilité faible et délai d'obtention des résultats > 24 heures, probabilité intermédiaire et délai > 4 heures, probabilité haute ou un patient aux réserves cardiorespiratoires altérées. En l'absence de risque hémorragique élevé ou de contre-indication, les classes de choix sont les héparines de bas poids moléculaires (HBPM), les anticoagulants oraux directs (AOD) ou les anti-Xa injectables (fondaparinux).

Devant une suspicion de TVP avec signes évocateurs d'EP, la démarche diagnostique devient celle de l'EP. Devant une suspicion de TVP sans signe d'EP, le diagnostic et la prise en charge sont intégralement menés en ambulatoire. La démarche diagnostique et thérapeutique initiale suit celle de l'EP par le recours à l'utilisation de scores de probabilité clinique (score de Wells), dosage des D-dimères (seuil à 500 µg/l uniquement), recours à l'imagerie (écho-doppler veineux) en cas de seuil franchi ou probabilité clinique élevée, recours aux mêmes classes thérapeutiques dans les mêmes circonstances d'utilisation. Un écho-doppler négatif conduit à une probabilité de survenue d'une TVP de 0,4 % à 3 mois. Celui-ci est répété à 7 jours en cas d'examen non complet ou probabilité forte et écho-doppler négatif. Le recours hospitalier se discute en fonction des préférences du patient, de ses comorbidités, de ses possibilités de suivi rapproché ou du risque évolutif de la TVP.

Devant une suspicion clinique de TVS avec signe de TVP, la démarche diagnostique est celle de la TVP. En cas d'absence de signe de TVP, le diagnostic se pose par la réalisation d'un écho-doppler devant la forte association TVS-TVP, dans 25 % des cas.

Prise en charge du patient avec thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire en médecine générale

Stratégies thérapeutiques

En cas d'EP ou TVP proximale

L'indication théorique d'anticoagulation est posée. En cas de cancer, les HBPM sont à l'heure actuelle le seul choix disponible ; des études sont en cours pour valider l'indication des AOD. En l'absence de cancer, l'apixaban ou le rivaroxaban apparaissent être les molécules à privilégier : actives dans l'heure suivant leur initiation, absence de surveillance biologique, risque de récidive thromboembolique sous traitement au moins équivalent à celui des AVK, réduction des risques d'hémorragies sévères, possibilité d'être écrasé [57]. Le schéma d'initiation est dépendant de la molécule choisie et de la gravité de l'insuffisance rénale. L'absence de données pour des clairances < 15 ml/min invite à ne pas recommander leur utilisation. Une information thérapeutique au patient est nécessaire afin que ce dernier puisse informer les tiers de la prise de ce traitement en cas de situation d'urgence, d'avoir une prise médicamenteuse particulièrement régulière, à la dose prescrite, sans adaptation de sa part.

Un traitement injectable initial par héparine avec relais précoce par AVK est une deuxième stratégie possible en l'absence de cancer. Les HBPM et le fondaparinux sont le premier choix. En cas de contre-indication, l'héparine non fractionnée (HNF) est utilisée. Après confirmation diagnostique, un relais par AVK se débute en association avec le traitement injectable dont au moins 5 jours d'héparine, en interrompant celle-ci dès que deux mesures de l'INR (*International Normalized Ratio*) consécutifs à 24 heures d'intervalle sont comprises entre 2 et 3. L'AVK de première intention est la warfarine. Un traitement par héparine injectable avec relais AOD par dabigatran est une alternative possible, en l'absence de cancer, non pris en charge par l'Assurance Maladie dans cette indication.

Le traitement initial est de 3 mois au minimum. Il peut être prolongé dans le cadre d'une prévention secondaire pour les patients à haut risque de récidive (tableau 14.4).

L'alitement n'est plus nécessaire, de même que la contention élastique systématique dont le rapport bénéfice-risque est incertain. Cette dernière peut être utilisée à visée symptomatique ou en cas de fort risque de syndrome post-thrombotique, au moins de classe II, durant 6 mois.

En cas de TVP distale (sous-poplitée)

La prise en charge est similaire à celle d'une TVP proximale. Lors d'un premier épisode ou d'une première récidive non

provoquée, sans risque hémorragique élevé, la durée du traitement anticoagulant est de 6 semaines à 3 mois. Quelques situations cliniques se distinguent :

- en cas de récidives multiples de TVP sous-poplitée, la préférence du patient et le risque hémorragique sont à évaluer pour décider de prolonger le traitement au-delà de 3 mois ;
- en cas de risque hémorragique élevé, l'abstention thérapeutique est possible. Dans ce cas, un examen clinique et un écho-doppler à 7 jours sont nécessaires. Un traitement anticoagulant n'est instauré que si cet examen révèle une extension proximale de la TVP ;
- en cas de TVP distale symptomatique post-chirurgicale chez un patient à risque hémorragique élevé sans hémorragie active, une anticoagulation à dose préventive est possible en lieu et place d'une dose curative. Dans ce cas également, un examen clinique et un écho-doppler doivent être réalisés à 7 jours ;
- en cas de cancer actif, le traitement anticoagulant curatif est poursuivi, par analogie avec la TVP proximale, par HBPM.

En cas de TVS sans EP ni TVP

Un traitement anticoagulant n'est recommandé que pour les patients ayant une TVS symptomatique isolée de plus de 5 cm de longueur et située à moins de 3 cm de la jonction saphéno-fémorale. Le choix de première intention est le fondaparinux à la dose de 2,5 mg par jour. Les AOD ne sont pas recommandés pour traiter une TVS symptomatique isolée.

L'abstention thérapeutique avec surveillance clinique et échographique à 7 jours est indiquée en cas de risque hémorragique important. La durée du traitement par fondaparinux est de 45 jours.

Une compression élastique est proposée à visée antalgique.

Situations nécessitant une attention particulière

Grossesse ou post-partum

L'EP est la deuxième cause de mortalité maternelle en France, responsable d'environ 10 % des décès maternels. Le risque de retard diagnostique est important, certains symptômes de la grossesse mimant les symptômes d'EP, comme la dyspnée, la tachycardie ou l'œdème des membres inférieurs, et du fait de la crainte de faire les examens nécessaires pendant la grossesse. Le traitement anticoagulant est parfois mal adapté avec l'administration de doses infrathérapeutiques par crainte d'un risque non fondé pour la mère et le fœtus.

Un score spécifique associant les signes cliniques de TVP, l'hémoptysie, l'absence d'autre diagnostic plus probable que l'EP, et le dosage des D-dimères, a été validé quel que soit le terme de la grossesse [58].

Les AVK, le fondaparinux et les AOD ne sont pas utilisés pendant la grossesse. Le schéma thérapeutique adapté à la grossesse est une dose fixe d'HBPM adaptée au poids de la patiente au moment de la MTEV, à poursuivre jusqu'à 6 semaines après l'accouchement et pour une durée minimale de 3 mois. La surveillance biologique est identique à celle préconisée en population générale.

Pendant le post-partum, le traitement est également une HBPM, avec un relais par un AOD pendant 3 mois. En cas d'allaitement, la fluindione et les AOD sont contre-indiqués ; il est préférable d'utiliser la warfarine à l'acénocoumarol.

Cancer

Les patients atteints de cancer ayant une EP ou une TVP et nécessitant un traitement anticoagulant reçoivent une HBPM pendant les 6 premiers mois, sous réserve de l'absence d'insuffisance rénale sévère. Après 6 mois d'anticoagulation, s'il n'y a plus de cancer actif, le traitement anticoagulant peut être interrompu. Si le cancer est toujours actif ou s'il y a eu une récidive thromboembolique dans les 6 premiers mois, il est recommandé de poursuivre le traitement anticoagulant. La poursuite du traitement anticoagulant au-delà de 6 mois nécessite l'avis de l'oncologue, afin de choisir le principe actif anticoagulant le plus adapté, en réévaluant l'indication tous les 6 mois.

Explorations étiologiques

Recherche d'un cancer méconnu

Un cancer est recherché en cas de premier épisode de MTEV non provoquée. Cette recherche comprend :

- un entretien approfondi vérifiant que les dépistages recommandés ont été réalisés, les antécédents personnels et familiaux ;
- un examen clinique incluant les touchers pelviens et la palpation mammaire après consentement du patient ;
- une radiographie de thorax ;
- une analyse sanguine comprenant NFS, ionogramme, calcémie, fonctions rénale et hépatique.

D'autres examens complémentaires (scanner, fibroscopies, marqueurs tumoraux) sont réalisés dans un second temps en fonction des signes d'appel cliniques et des résultats des premiers examens.

Chez les patients ayant une récidive de MVTE non provoquée, il est recommandé d'approfondir cette recherche avec la recherche d'une mutation de JAK2, un scanner abdominopelvien et/ou un PET-scan [59].

Syndrome des anticorps anti-phospholipides

La prévalence du syndrome des anti-phospholipides (SAPL) a été évaluée à 9 % chez les patients de 18 à 50 ans ayant un premier épisode thromboembolique veineux non provoqué. Un SAPL peut être recherché chez un patient de moins de 50 ans en cas d'EP non provoquée, d'EP provoquée par un facteur de risque mineur transitoire, de premier épisode de TVP proximale, ou de thrombose de siège inhabituel (cérébral ou digestif) [60].

La recherche du SAPL a lieu à distance de l'épisode aigu, car elle n'est pas réalisée sous héparine ni AOD. Elle comprend une recherche d'anticoagulant circulant de type lupique, d'un anticorps anti-cardiolipine ou d'anticorps anti-β_2-glycoprotéine. Cette prise en charge relève du spécialiste de second recours.

Thrombophilie constitutionnelle

Une thrombophilie constitutionnelle peut être retrouvée chez près de 50 % des patients ayant un événement thromboembolique veineux [61]. Sa recherche n'est cependant indiquée qu'en cas :

- de premier épisode d'EP ou de TVP proximale, non provoquée, avant l'âge de 50 ans et avec une histoire familiale de thrombose au premier degré ;
- de récidive de MTEV ;
- de TVP non provoquée dans des sites atypiques.

Le bilan de thrombophilie constitutionnelle est fait entre le 3e et le 6e mois après le diagnostic de thrombose. Il comprend la recherche d'un déficit en antithrombine, protéine C, protéine S, d'une mutation de Leiden du facteur V et d'une mutation G20210A du facteur II. La découverte d'une mutation hétérozygote du facteur V ou du II n'est pas à considérer comme une thrombophilie [62, 63]. Tout comme le SAPL, c'est le spécialiste de second recours qui évalue la nécessité d'explorations complémentaires et le risque pour les apparentés.

Hémoglobinurie paroxystique nocturne

Une recherche d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) est indiquée en cas de thrombose sur un site inhabituel (toute localisation autre que le membre inférieur) ou de thrombose associée à des signes d'hémolyse et/ou à une cytopénie. Sa recherche relève du spécialiste de second recours.

Suivi du patient porteur d'une maladie thromboembolique, prévention

Suivi en ambulatoire du patient ayant une EP

Lorsque le diagnostic d'EP a été fait, les critères HESTIA permettent au médecin hospitalier d'identifier les patients à faible risque de mortalité et de complications qui peuvent être pris en charge en ambulatoire. Cette prise en charge n'a cependant été étudiée que dans le cadre d'un parcours spécifique avec consultations spécialisées de suivi à 72 heures, 1 mois, 3 mois, 6 mois puis annuelles. Ces consultations ont pour objet de confirmer la démarche et le choix thérapeutique initial, de recueillir le vécu du patient, de s'assurer de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance au traitement, d'adapter un éventuel traitement hormonal (contre-indication d'un traitement par estroprogestatif ou d'un traitement hormonal substitutif), d'échanger avec le patient sur sa perception du traitement et d'étayer les informations sur la thérapeutique.

Surveillance biologique

En cas de traitement par HBPM, la fonction rénale est évaluée le plus tôt possible après l'instauration, ainsi que la numération plaquettaire afin de ne pas méconnaître une thrombopénie induite à l'héparine. En cas de traitement par AVK, l'INR est mesuré dès l'introduction des AVK pour autoriser le relais après deux INR entre 2 et 3, à 24 heures d'intervalle ; l'INR est ensuite contrôlé toutes les 3 à 4 semaines. Des dispositifs d'automesure de l'INR existent mais ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie en France.

En cas de traitement par AOD, il est inutile de surveiller leur activité anticoagulante.

Survenue de complications

En cas de persistance de symptômes aux membres inférieurs, une échographie veineuse est réalisée, afin d'éliminer la récidive ou la persistance de la TVP.

La recherche d'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HTP-TEC) est recommandée au décours d'une EP en cas de dyspnée d'effort persistante et/ou des signes d'insuffisance cardiaque droite après au moins 3 mois d'anticoagulant. Elle nécessite en premier lieu une échocardiographie et une scintigraphie pulmonaire. Le traitement de l'HTP-TEC fait appel à une anticoagulation par AVK pour une durée indéfinie. Ainsi, toute dyspnée au décours d'un épisode d'EP fait évoquer une HTP-TEC.

La recherche de syndrome post-thrombotique est recommandée au décours d'une TVP proximale, au moment de l'arrêt des anticoagulants ou après 6 mois à 1 an de traitement en cas de traitement anticoagulant prolongé. Elle nécessite un examen clinique bilatéral et comparatif à la recherche d'une insuffisance veineuse symptomatique.

À trois à six mois

La décision d'arrêter ou de poursuivre l'anticoagulation repose sur l'évaluation des facteurs de risque de récidive (tableau 14.4) et est discutée avec le patient. À long terme, la MTEV expose à deux complications : la récidive à l'arrêt du traitement anticoagulant, fréquente (entre 3 % et 15 % à un an de l'arrêt de traitement), et l'hypertension pulmonaire post-embolique, ou syndrome post-thrombotique, rare (< 4 %) et grave.

Si le traitement anticoagulant est modifié ou interrompu, ce changement est notifié au patient ainsi qu'à tous les autres intervenants médicaux. En cas d'interruption, il est nécessaire de donner des consignes au patient sur les symptômes d'alerte et situations à risque de récidive, telles que contraception, grossesse, voyage prolongé ou encore chirurgie.

Si le traitement anticoagulant est poursuivi, il est important de vérifier la bonne adhésion et compréhension du traitement par le patient. Selon les indications, les AVK peuvent être remplacés par un AOD, surtout si l'INR est instable.

Lorsqu'une prescription du traitement est retenue au long cours, l'évaluation annuelle du rapport bénéfice-risque du médicament choisi apparaît légitime. L'avis multidisciplinaire rassemblant les médecins suivant le patient pour la MTEV et pour son facteur de risque s'il y a lieu est une ressource pour le médecin généraliste.

En cas de procédure invasive programmée

Lors d'une procédure à faible risque hémorragique sous AVK, il est suggéré de ne pas arrêter l'AVK et de veiller au maintien de l'INR cible entre 2 et 3. Toutefois, dans certains

cas, la prise d'autres médicaments interférant avec l'hémostase ou une comorbidité augmentant le risque hémorragique peuvent aboutir à l'interruption de l'AVK.

Lors d'une procédure à faible risque hémorragique sous AOD, quel que soit le schéma thérapeutique, il est suggéré de ne pas mesurer la concentration de l'AOD avant la procédure, de ne pas prendre l'AOD la veille au soir ni le matin précédant la procédure, puis de le reprendre à la posologie habituelle au moins 6 heures après la fin de la procédure.

Lorsque la procédure est à haut risque hémorragique, la conduite à tenir dépend du traitement et de l'intervention envisagée, et est mise en place par le médecin de deuxième ou troisième recours.

Prévention de la MTEV

Aucun des facteurs de risque de survenue d'une MTEV (tableau 14.4) ne nécessite à lui seul une thromboprophylaxie. En revanche, la stratégie préventive estime un risque de survenue ou de récidive de la MTEV en fonction du profil du patient et de la situation clinique à risque thromboembolique. Le rapport bénéfice de la thromboprophylaxie/risques hémorragiques est discuté avec le patient d'autant qu'il s'agit de la prise en charge d'un risque et non d'une pathologie. En situation postopératoire, des facteurs supplémentaires de ceux décrits dans le tableau 14.4 sont pris en compte : antécédent personnel de MTEV, âge > 70 ans, obésité, insuffisance rénale sévère ou cardiaque ou respiratoire, déficit neurologique < 1 mois (AVC, lésion médullaire), traitement par érythropoïétine en préopératoire [64].

Lors d'une chirurgie de prothèse totale de hanche ou du genou, une prophylaxie par HBPM, fondaparinux ou AOD est proposée. Une thromboprophylaxie séquentielle peut être proposée (anticoagulant avec relais à 5 jours par aspirine) en cas de parcours de chirurgie ambulatoire ou de réhabilitation accélérée après chirurgie et en l'absence de facteur de risque identifié chez le patient [65].

Lors d'une chirurgie hors prothèse totale de hanche ou du genou, le risque thromboembolique est dit soit faible (arthroscopie, appendicite, pariétal, esthétique), soit élevé (chirurgie du plateau tibial, du col fémoral, cancéreuse digestive…). La thromboprophylaxie n'est pas souhaitée dans la situation d'une chirurgie à faible risque et en l'absence de facteur de risque chez le patient identifié [66].

La compression pneumatique intermittente peut être proposée en cas de risque thromboembolique très élevé en attendant la reprise de la marche.

Lors d'une immobilisation de jambe par plâtre ou attelle, le patient peut être traité par HBPM durant la durée de l'immobilisation [67].

En situation médicale aiguë, les patients de plus de 40 ans hospitalisés alités pour une durée prévisible de plus de 3 jours pour une décompensation cardiaque ou respiratoire peuvent bénéficier d'une prévention par HBPM ou fondaparinux pour une durée de 7 à 14 jours. La survenue d'une infection sévère, d'une poussée inflammatoire rhumatologique ou intestinale conduisant à un alitement de plus de 3 jours prévisible en présence d'autres facteurs de risque connus (cf. tableau 14.4, ou antécédent de MTEV, âge > 74 ans, insuffisance cardiaque ou respiratoire) peuvent également bénéficier de cette stratégie. En l'absence de preuve, cette thromboprophylaxie peut être proposée au patient présentant les mêmes circonstances à domicile [68].

En prévention primaire, le traitement est prophylactique : les doses pharmacologiques proposées sont moindres que les doses curatives.

En prévention secondaire, avec l'existence d'une MTEV clinique, la stratégie préventive consiste à maintenir l'anticoagulation à dose curative en fonction des facteurs de risque associés du patient. La durée du traitement prolongé est décidée avec le patient (tableau 14.7).

La contention élastique graduée n'a plus d'indication préventive sauf en cas d'insuffisance veineuse symptomatique.

Tableau 14.7 Durée **optimale de traitement anticoagulant en fonction des facteurs de risque.**

		Définitions	Durée	Doses
Risques de récidive de MTEV	Faible	MTEV provoquée par un facteur transitoire majeur : – Chirurgie avec anesthésie générale dans les 3 derniers mois – Fracture des membres inférieurs dans les 3 derniers mois – Immobilisation de plus de 3 jours en contexte médical aigu dans les 3 derniers mois – Contraception estroprogestative, grossesse, post-partum, traitement hormonal de la ménopause	3 à 6 mois maximum	AVK (INR 2-3) AOD pleine dose
		– Femmes avec un premier épisode de MTEV non provoqué par un facteur transitoire majeur et un score HERDOO2 ≤ 1 – Femmes ≤ 50 ans avec un premier épisode de MTEV non provoqué par un facteur transitoire majeur	6 mois maximum	AVK (INR 2-3) AOD pleine dose
	Modéré	– Premier épisode de MTEV non provoqué par un facteur transitoire majeur et en l'absence de facteur persistant majeur. Pour les femmes, uniquement si elles ont aussi un score HERDOO2 ≥ 2	6 mois ou non limitée	6 premiers mois AVK (INR 2-3) AOD pleine dose Après le 6e mois AVK (INR 2-3) AOD pleine dose AOD demi-dose

(Suite)

Tableau 14.7 Suite.

		Définitions	Durée	Doses
	Élevé	Cancer actif : – Présence d'une maladie tumorale détectable (y compris par l'existence d'un biomarqueur) – *et* : Poursuite d'un traitement antitumoral (y compris hormonothérapie) dans les 6 mois – *ou* : Récidive thromboembolique pendant les 6 premiers mois de traitement	Non limitée	6 premiers mois HBPM Après le 6e mois HBPM ou AVK ou AOD pleine dose
		SAPL		AVK (INR 2-3)
		– MTEV récidivante non provoquée par un facteur transitoire majeur – Premier épisode de MTEV non provoquée par un facteur transitoire majeur avec une thrombophilie majeure (déficit en AT)		AVK (INR 2-3) AOD pleine dose
		– Premier épisode d'EP à haut risque non provoquée par un facteur transitoire majeur	Non limitée	
		– HTP-TEC	Non limitée	AVK (INR 2-3)

Références

[1] GBD. 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;385(9963):117–71.

[2] Société Française de Cardiologie. Recommandations pour les épreuves d'effort. [En ligne]. Paris: Société Française de Cardiologie; 2018. Disponible sur : www.sfcardio.fr.

[3] Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KAA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation 2010;121(6):750–8.

[4] Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37(29):2315–81.

[5] Vidal-Petiot E, Ford I, Greenlaw N, et al. Cardiovascular event rates and mortality according to achieved systolic and diastolic blood pressure in patients with stable coronary artery disease: an international cohort study. Lancet 2016;388(10056):2142–52.

[6] Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med 2016;375(4):311–22.

[7] Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med 2019;380(4):347–57.

[8] Steg PG, Bhatt DL, Simon T, et al. Ticagrelor in patients with stable coronary disease and diabetes. N Engl J Med 2019;381(14):1309–20.

[9] Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J 2016;37(39):2999–3058.

[10] Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2020;41(1):111–88.

[11] Fulcher J, O'Connell R, Voysey M, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. Lancet 2015;385(9976):1397–405.

[12] Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet 2012;380(9841):581–90.

[13] Bonaca MP, Bhatt DL, Cohen M, et al. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. N Engl J Med 2015;372(19):1791–800.

[14] Mullen L, Meah MN, Elamin A, et al. Risk of major bleeding with potent antiplatelet agents after an acute coronary event: a comparison of ticagrelor and clopidogrel in 5116 consecutive patients in clinical practice. J Am Heart Assoc 2021;10(8).

[15] Costa F, Van Klaveren D, James S, et al. Derivation and validation of the predicting bleeding complications in patients undergoing stent implantation and subsequent dual antiplatelet therapy (PRECISE-DAPT) score: a pooled analysis of individual-patient datasets from clinical trials. Lancet 2017;389(10073):1025–34.

[16] Collet J-P, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2021;42(14):1289–367.

[17] Connolly SJ, Eikelboom JW, Bosch J, et al. Rivaroxaban with or without aspirin in patients with stable coronary artery disease: an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2018;391(10117):205–18.

[18] Mega JL, Braunwald E, Wiviott SD, et al. Rivaroxaban in patients with a recent acute coronary syndrome. N Engl J Med 2012;366(1):9–19.

[19] Bangalore S, Makani H, Radford M, et al. Clinical outcomes with β-blockers for myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. Am J Med 2014;127(10):939–53.

[20] Dahl Aarvik M, Sandven I, Dondo TB, et al. Effect of oral β-blocker treatment on mortality in contemporary post-myocardial infarction patients: a systematic review and meta-analysis. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother 2019;5(1):12–20.

[21] Bangalore S, Fakheri R, Wandel S, Toklu B, Wandel J, Messerli FH. Renin angiotensin system inhibitors for patients with stable coronary artery disease without heart failure: systematic review and meta-analysis of randomized trials. BMJ 2017;356, j4.

[22] Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. N Engl J Med 1998;339(19):1349–57.

[23] Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. N Engl J Med 2004;350(15):1495–504.

[24] Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes. N Engl J Med 2015;372(25):2387–97.

[25] Bhatt DL, Steg PG, Miller M, et al. Cardiovascular risk reduction with icosapent ethyl for hypertriglyceridemia. N Engl J Med 2019;380(1):11–22.

[26] Clar C, Oseni Z, Flowers N, Keshtkar-Jahromi M, Rees K. Influenza vaccines for preventing cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2015;(5):CD005050.
[27] Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Coll Cardiol 2014;63(12):1123–33.
[28] Santé publique France. Insuffisance cardiaque [En ligne]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr.
[29] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37(27):2129–200.
[30] Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). The survival of patients with heart failure with preserved or reduced left ventricular ejection fraction: an individual patient data meta-analysis. Eur Heart J 2012;33(14):1750–7.
[31] Bouthoorn S, Valstar GB, Gohar A, et al. The prevalence of left ventricular diastolic dysfunction and heart failure with preserved ejection fraction in men and women with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diab Vasc Dis Res 2018;15(6):477–93.
[32] Verdu-Rotellar JM, Vaillant-Roussel H, Abellana R, et al. Precipitating factors of heart failure decompensation, short-term morbidity and mortality in patients attended in primary care. Scand J Prim Health Care 2020;1–8.
[33] McLellan J, Bankhead CR, Oke JL, Hobbs FDR, Taylor CJ, Perera R. Natriuretic peptide-guided treatment for heart failure: a systematic review and meta-analysis. BMJ Evid-Based Med 2020;25(1):33–7.
[34] Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. Clin Epidemiol 2014;6:213–20.
[35] Corley SD, Epstein AE, DiMarco JP, et al. Relationships between sinus rhythm, treatment, and survival in the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. Circulation 2004;109(12):1509–13.
[36] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016;37(38):2893–962.
[37] Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2002;347(23):1825–33.
[38] Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med 2002;347(23):1834–40.
[39] Roy D, Talajic M, Nattel S, et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. N Engl J Med 2008;358(25):2667–77.
[40] Allan V, Banerjee A, Shah AD, et al. Net clinical benefit of warfarin in individuals with atrial fibrillation across stroke risk and across primary and secondary care. Heart Br Card Soc 2017;103(3):210–8.
[41] Friberg L, Skeppholm M, Terént A. Benefit of anticoagulation unlikely in patients with atrial fibrillation and a CHA2DS2-VASc score of 1. J Am Coll Cardiol 2015;65(3):225–32.
[42] Van den Ham HA, Klungel OH, Singer DE, Leufkens HGM, Van Staa TP. Comparative Performance of ATRIA, CHADS2, and CHA2DS2-VASc Risk Scores Predicting Stroke in Patients With Atrial Fibrillation: results from a national primary care database. J Am Coll Cardiol 2015;66(17):1851–9.
[43] Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. Lancet 2014;383(9921):955–62.
[44] Vinogradova Y, Coupland C, Hill T, Hippisley-Cox J. Risks and benefits of direct oral anticoagulants versus warfarin in a real world setting: cohort study in primary care. BMJ 2018;362, k2505.
[45] Frappé P, Cogneau J, Gaboreau Y, et al. Anticoagulants' Safety and Effectiveness in General Practice: A Nationwide Prospective Cohort Study. Ann Fam Med 2020;18(2):131–8.
[46] Jaïs P, Cauchemez B, Macle L, et al. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation: the A4 study. Circulation 2008;118(24):2498–505.
[47] Frappé P, Buchmuller-Cordier A, et al. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. J Thromb Haemost 2014;12(6):831–8.
[48] Bruel S, Ginzarly M, Bertoletti L, et al. Practical issues in suspected venous thrombosis in general practice: A multicentre prospective cohort in primary care. Thromb Res 2017;158:19–21.
[49] Sanchez O, Benhamou Y, Bertoletti L, et al. Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. Version courte Rev Mal Respir 2019;36(2):249–83.
[50] White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. Circulation 2003;107(90231):4I–8.
[51] Barritt DW, Jordan SC. Anticoagulant drugs in the treatment of pulmonary embolism. A controlled trial Lancet 1960;1(7138):1309–12.
[52] Barrellier MT, Bosson JL, Vignon C, et al. Echo-Doppler for early diagnosis of deep venous thrombosis in orthopedic surgery and traumatology. A retrospective study of 1,647 patients. J Mal Vasc 1994;19(4):298–307.
[53] Decousus H, Epinat M, Guillot K, Quenet S, Boissier C, Tardy B. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment. Curr Opin Pulm Med 2003;9(5):393–7.
[54] Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest 2016;149(2):315–52.
[55] Klok FA, Mos ICM, Nijkeuter M, et al. Simplification of the revised Geneva score for assessing clinical probability of pulmonary embolism. Arch Intern Med 2008;168(19):2131–6.
[56] Wells PS, Owen C, Doucette S, Fergusson D, Tran H. Does this patient have deep vein thrombosis? JAMA 2006;295(2):199–207.
[57] Pouchain D, Frappé P. Les anticoagulants oraux directs dans la maladie thromboembolique veineuse Première partie - revue narrative des essais randomisés. exercer 2018;147:419–23.
[58] Van der Pol LM, Tromeur C, Bistervels IM, et al. Pregnancy-Adapted YEARS Algorithm for Diagnosis of Suspected Pulmonary Embolism. N Engl J Med 2019;380(12):1139–49.
[59] Kearon C, Ageno W, Cannegieter SC, et al. Categorization of patients as having provoked or unprovoked venous thromboembolism: guidance from the SSC of ISTH. J Thromb Haemost 2016;14(7):1480–3.
[60] Miranda S, Park J, Le Gal G, et al. Prevalence of confirmed antiphospholipid syndrome in 18-50 years unselected patients with first unprovoked venous thromboembolism. J Thromb Haemost 2020;18(4):926–30.
[61] Favaloro EJ. The futility of thrombophilia testing. Clin Chem Lab Med 2014;52(4):499–503.
[62] Elsharawy M, Elzayat E. Early results of thrombolysis vs anticoagulation in iliofemoral venous thrombosis. A randomised clinical trial. Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc. Vasc Surg 2002;24(3):209–14.
[63] Baglin T, Gray E, Greaves M, et al. Clinical guidelines for testing for heritable thrombophilia. Br J Haematol 2010;149(2):209–20.
[64] Afshari A, Ageno W, Ahmed A, et al. European Guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Executive summary. Eur J Anaesthesiol 2018;35(2):77–83.
[65] Samama C-M, Gafsou B, Jeandel T, et al. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. Texte court. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30(12):947–51.
[66] Anderson DR, Dunbar M, Murnaghan J, et al. Aspirin or rivaroxaban for VTE prophylaxis after hip or knee arthroplasty. N Engl J Med 2018;378(8):699–707.
[67] Testroote M, Stigter WA, Janssen L, Janzing HM. Low molecular weight heparin for prevention of venous thromboembolism in patients with lower-leg immobilization. The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database Syst Rev 2014. CD006681.
[68] Mismetti P, Baud JM, Becker F, et al. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Recommandations de bonne pratique: prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse en médecine. J Mal Vasc 2010;35(3):127–36.

Chapitre 15

Le patient atteint de cancer

Guillaume Coindard, Émilie Ferrat, Marion Lamort-Bouché, Marie-Eve Rougé Bugat

PLAN DU CHAPITRE

Rôles du médecin généraliste dans le diagnostic de cancer 123
Suivi du patient atteint de cancer 125
L'après-cancer 127
Inégalités sociales en santé 128

La proportion de soins dédiés aux patients atteints de cancer dans la patientèle et l'activité des médecins généralistes reste largement méconnue en France et également dans d'autres pays [1]. En 2015, en se fondant sur des données déclaratives, 55 % des médecins interrogés avaient rempli moins de dix demandes de mise en place d'un protocole de soins pour ALD pour tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, 34 % entre dix et vingt, et 11 % plus de vingt. Pour autant, les missions du médecin généraliste sont très vastes pour ces patients. Il est souvent à l'origine de la suspicion de cancer, orientant les personnes dans la bonne filière de diagnostic, sans perte de temps. Son rôle est retrouvé dans la littérature au travers d'une approche globale, personnalisée et décloisonnée. Il assure la continuité des soins avec dispensation des soins et des actes de prévention [2]. Le médecin généraliste est un partenaire du dispositif d'annonce. Il prend en charge les complications liées au cancer et/ou ses traitements, prescrit des traitements hormonaux, assure la coordination des soins et du parcours de soins de ces patients ainsi qu'un soutien psychologique adapté.

La prévention primaire mobilise de nombreux acteurs des politiques publiques et s'appuie sur l'action et l'évolution des comportements des patients, des citoyens, des élus et des acteurs du monde professionnel pour réduire les facteurs de risque de survenue du cancer. L'implication du médecin généraliste dans la prévention des cancers implique une collaboration étroite avec tous les autres acteurs et nécessite une implication dans le renforcement de la démocratie sanitaire pour développer la concertation et le débat public, améliorer la participation des acteurs de santé et promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

Les progrès médicaux conduisant à la spécialisation et la multiplication croissante des intervenants ont permis une amélioration considérable de la survie et sont en miroir de la chronicisation de la maladie cancéreuse. Ces progrès complexifient dès lors les parcours des patients à toutes les phases de la maladie. L'interface entre la médecine ambulatoire, majoritairement « libérale », et la médecine hospitalière, dite « ville-hôpital », est un enjeu important de l'organisation des soins, permettant à tous les patients non seulement de recevoir des soins de qualité mais aussi d'être suivis de façon globale à domicile dans de bonnes conditions.

Rôles du médecin généraliste dans le diagnostic de cancer

Diagnostic de cancer

Au-delà de la prise en charge des facteurs de risque favorisant l'apparition de cancer (principalement le tabac, l'alcool, le surpoids et la sédentarité), le médecin généraliste intervient à un stade précoce de l'apparition d'une pathologie cancéreuse. En France ou à l'étranger, selon les types d'étude, on peut considérer que le médecin généraliste participe dans 50 à 80 % des diagnostics de cancer de ses patients, le plus souvent par le biais d'un premier examen biologique ou d'imagerie permettant d'aboutir in fine au diagnostic de cancer. Pour les études à l'étranger, il convient de prendre en compte les caractéristiques du système de soins primaires des pays concernés. En France, le « modèle professionnel non hiérarchisé » des soins primaires [3] permet aux patients de consulter le médecin généraliste et également les services d'urgences et même certains spécialistes comme le gynécologue.

Les modalités diagnostiques d'un cancer prennent trois formes : soit à la suite d'un ou plusieurs symptômes, soit par le dépistage, soit enfin de façon fortuite.

Dans 75 % des cas, le diagnostic de cancer fait suite à un ou plusieurs symptômes présentés par le patient [4]. Il peut s'agir de la perception d'une masse dans un organe externe (sein, testicule…), d'une rectorragie ou d'un trouble neurologique focal, pour ne citer que ces exemples. Le plus souvent, le symptôme est dit « aspécifique » comme la triade dite d'« altération de l'état général » : asthénie, anorexie, amaigrissement. L'élimination de l'organicité devant un syndrome clinique aspécifique quelle que soit la situation du patient est une absolue nécessité pour éviter les retards de prise en charge dont les patients sont d'autant plus victimes qu'ils se situent du mauvais côté du gradient des inégalités

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

sociales de santé. En effet, la médecine générale considérant le patient d'un point de vue holistique comme une somme à la fois d'éléments biomédicaux, psychologiques et sociaux, il peut être séduisant d'expliquer les symptômes aspécifiques par des éléments de vie du patient. Cela est d'autant plus séduisant que le patient est dans une situation psychosociale fragile (problème professionnel, conjugal, familial ou financier).

Environ 15 % des diagnostics sont liés aux dépistages proposés [4], à la fois sur le plan individuel et sur le plan collectif (pour les cancers du sein et du côlon). En ce qui concerne les dépistages organisés, l'enjeu est lié à l'adhésion des patients et des médecins aux recommandations de bonnes pratiques. La médecine générale est une discipline qui intègre des données de santé publique dans une perspective communautaire et qui s'exerce sous la forme d'une approche centrée sur la personne [5]. Le médecin généraliste propose le dépistage comme un acte de soins à part entière, individualisé au regard des caractéristiques du patient, en tenant compte de ses valeurs et de ses préférences. Pour les dépistages organisés, la mesure de la participation est fréquemment décrite comme décevante : moins d'un patient éligible sur deux participe au suivi tel qu'il est proposé. En 2021, il n'existe pas en France d'outil d'aide à la décision partagée faisant consensus sur la participation aux dépistages organisés des cancers. Ces outils permettraient un échange d'informations claires, complètes et loyales entre un médecin et son patient dans un objectif de partage de la décision en accord avec les données internationales et l'évolution de la société. Pour les dépistages dont le bénéfice n'est pas démontré, les enjeux sont différents. En l'absence de consensus scientifique sur des situations de pratique quotidienne, un des enjeux est de définir des indicateurs de qualité des pratiques dans les situations où il n'existe pas aujourd'hui de recommandation spécifique. L'expérimentation sur le terrain et la mise en œuvre en soins premiers de modèles théoriques (EBM, ACP) restent aujourd'hui un défi.

Le reste des modalités diagnostiques de cancer (de 5 à 10 %) [4] concerne les diagnostics fortuits, le plus souvent lors d'un examen d'imagerie réalisé pour une autre raison.

Annonces du cancer

L'annonce d'une maladie grave constitue toujours une épreuve pour le patient. Le diagnostic d'un cancer doit être annoncé une fois que l'analyse anatomopathologique a été réalisée (biopsie, exérèse chirurgicale, etc.), même lorsque les apparences indiquent l'existence d'un cancer (image fortement suspecte sur une imagerie, présentation clinique caractéristique). Il existe un grand nombre de diagnostics différentiels qui, même s'ils sont rares, demandent à tout médecin le professionnalisme nécessaire à la prise en charge de l'attente et de l'incertitude pour le patient.

On parle ainsi aujourd'hui volontiers *des* annonces du cancer dans la mesure où l'annonce doit se voir, non plus comme un instant bref durant lequel est annoncée une pathologie, mais plutôt comme un processus qui commence dès la prescription de l'examen permettant d'aboutir in fine au diagnostic [6]. Cette démarche peut intégrer ce que l'on appelle les pré-annonces, où il convient de préparer le patient à une éventuelle mauvaise nouvelle. Le médecin généraliste a ici toute sa place. Au fil des examens, dans ce processus diagnostique, le patient se retrouve confronté à une réalité qui devient de plus en plus concrète qu'est le diagnostic d'un cancer. À chaque étape de ce processus, le médecin généraliste s'adapte aux réactions émotionnelles et cognitives différentes des patients selon le stade d'acceptation de la maladie au moment de l'annonce.

Le Plan cancer II [7] a permis la mise en place d'un « dispositif d'annonce » au sein de la structure de soin spécialisée en quatre étapes (figure 15.1), renforcé par le Plan cancer III [8]. Le médecin généraliste est un des acteurs du dispositif d'annonce en amont et en aval de celui-ci. Il est sollicité par le patient après l'annonce réalisée dans l'établissement de soins spécialisés pour la prise en charge du cancer. Il réalise des post-annonces, afin de reprendre avec le patient les éléments du diagnostic et du traitement proposé et de lui permettre le cheminement psychologique nécessaire à sa prise en soins.

Contenu d'une consultation dans la phase post-diagnostique

La ou les premières consultations de médecine générale au décours d'un diagnostic de cancer (post-annonce) contiennent des motifs globalement de deux ordres [10].

D'une part, de nombreuses demandes administratives sont engagées. La première concerne la rédaction du protocole de soins aboutissant à la prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre d'une ALD. Il s'agit souvent de la première justification de la consultation, qui permet d'aborder les autres points à la demande du patient ou sur l'initiative du médecin lui-même. Les arrêts de travail sont classiques dans la phase initiale du cancer et il convient de s'interroger précocement sur l'utilité de réalisation d'un dossier auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), en particulier quand la reprise du travail risque d'être compromise. À ce titre, la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), compte tenu des délais de prise en charge dans certains départements, nécessite d'y réfléchir précocement.

D'autre part, les patients peuvent solliciter leur médecin généraliste pour des demandes d'information et de conseil, voire de simple discussion dans le cadre d'un soutien psychothérapeutique formel ou informel. Ces motifs de consultation sont autant d'opportunités pour le médecin généraliste de revenir sur l'annonce, sur l'adressage, d'expliquer la stratégie thérapeutique proposée, d'aider le patient à sa prise de décision, lui permettre de reformuler et d'avancer dans les étapes d'acceptation de la maladie et sur ce que le patient attend de lui dans la phase thérapeutique initiale à proprement parler.

Près de 13 % des salariés sont exposés à un ou plusieurs facteurs cancérogènes sur leur lieu de travail [11]. Il existe une discordance entre l'exposition aux risques professionnels et la reconnaissance effective de ces risques en maladie professionnelle indemnisable (MPI). Selon les chiffres de l'InVS de 2011 [12], seuls 0,5 % des cancers sont reconnus d'origine professionnelle, alors que près de 10 % le seraient. La complexité pour réaliser un interrogatoire dédié aux

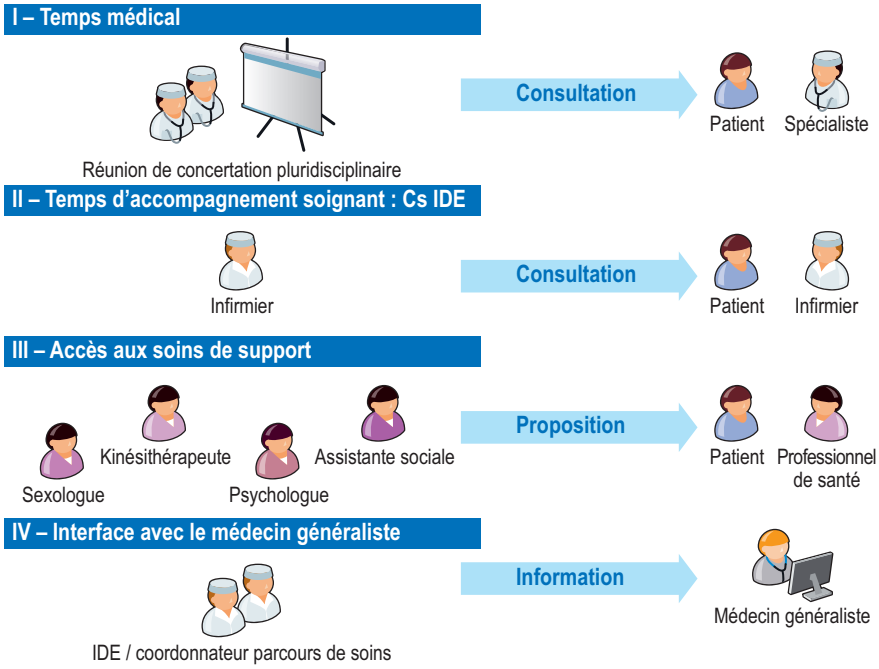


Fig. 15.1 Le dispositif d'annonce institutionnel. *(Source : d'après Rougé-Bugat ME. Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie. Thèse de doctorat. Université Paul-Sabatier; 2014.). Illustration de Carole Fumat.*

pathologies professionnelles par les médecins non spécialistes en médecine du travail représente probablement un frein à la déclaration de certains cancers en MPI. Il faut pouvoir reconstruire le parcours professionnel pour faire la synthèse des expositions. Cette complexité pénalise les patients qui ne peuvent bénéficier de droit à réparation. Pourtant, il existe des outils permettant de mesurer les niveaux de risque liés à l'exposition aux produits cancérogènes. Il s'agit en particulier des matrices emplois-expositions.

Impact financier de la reconnaissance en maladie professionnelle indemnisable

La MPI ouvre l'accès à certains bénéfices pour le patient. Lors d'une reconnaissance en maladie professionnelle, les frais médicaux seront intégralement remboursés. En cas d'arrêt de travail dû à une maladie professionnelle et pour compenser la perte de salaire, le patient perçoit des indemnités journalières. Le montant des indemnités journalières évolue dans le temps :

- pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail : l'indemnité journalière est égale à 60 % du salaire journalier de base ;
- à partir du 29e jour d'arrêt de travail : l'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % du salaire journalier de base ;
- au-delà de 3 mois d'arrêt de travail : l'indemnité journalière peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires.

Si la maladie professionnelle entraîne le décès de l'assuré, les proches (conjoint, concubin, partenaire pacsé, enfants, etc.) peuvent bénéficier d'une aide financière sous la forme d'une rente. Les rentes d'ayant droit sont versées chaque trimestre. Elles sont exonérées de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

Suivi du patient atteint de cancer

Les parcours de soins impliquent le médecin généraliste et de nombreux autres acteurs, dont le patient et sa famille, aussi bien dans le champ des soins premiers que celui des soins secondaires et tertiaires. Le parcours de soins regroupe donc des enjeux de coordination, d'échanges d'informations, de compétences et de savoirs.

Au-delà des outils d'échange et de communication, conditions nécessaires pour la coordination des soins, l'adhésion et la reconnaissance mutuelle des acteurs sont fondamentales pour la construction et la réussite de nouvelles organisations. Cette exigence de coordination, notamment celle entre « la ville et l'hôpital », partagée par l'ensemble des acteurs est permanente dans la politique de lutte contre le cancer et reste à concrétiser. Les plans Cancer successifs n'ont pas à ce jour réussi à avancer de façon significative dans cette voie. Du fait de la segmentation des prises en charge, les parcours de soins sont assez peu analysés dans leur globalité depuis l'entrée dans le parcours de soins en intégrant la dimension « ville-hôpital ». La création de projets de recherche en partenariat entre l'équipe de soins premiers et l'équipe de soins spécialisés en cancérologie est essentielle, afin de co-construire avec le patient atteint de cancer un parcours de soins personnalisé.

Effets indésirables liés aux traitements

Une fois le diagnostic posé et le traitement commencé, le médecin généraliste est souvent impliqué dans le suivi du patient entre les étapes du traitement, notamment les cures

de chimiothérapie ou lors d'un recours à une hospitalisation. Il peut mettre en place des soins de support pour faciliter le confort du patient et également adapter à la situation les traitements antalgiques. Il est aussi un des maillons de la chaîne de l'information médicale.

Cependant, nombreux sont ceux qui rapportent ne pas avoir revu leur patient durant la phase active [13], même si cela relève le plus souvent d'un scotome lié au transfert de confiance du médecin traitant au médecin oncologue durant la phase active. Est-ce le choix délibéré du patient ou est-ce lié au manque d'information du médecin généraliste concernant la maladie de son patient ? La littérature étudiant le rôle du médecin généraliste dans le suivi suggère qu'une meilleure information donnée par les centres de soins augmente les capacités du médecin généraliste à répondre aux besoins du patient et facilite la coopération entre les oncologues et les médecins généralistes.

Les effets indésirables peuvent survenir à tout moment et le médecin généraliste les identifie et prend en charge les patients qui le sollicitent. Comment organiser un recueil d'effets indésirables systématique auprès du patient ? Une multitude d'applications digitales voit le jour, que ce soit pour la surveillance au domicile des patients après une intervention chirurgicale ou pour le suivi thérapeutique. Elles proposent que le patient renseigne des informations de façon régulière. Les expérimentations montrent que les patients participent activement au recueil d'information. Mais qui recueille ces informations ? Que se passe-t-il si les patients ne renseignent pas les données de suivi ? Qui reçoit l'alerte de l'apparition d'un effet indésirable : l'oncologue, l'infirmier coordinateur, le coordonnateur du parcours de soins, l'infirmier de pratique avancée, l'infirmier libéral, le pharmacien, le médecin généraliste ? Que se passe-t-il en dehors des horaires de travail des référents identifiés ? Ces questions ne sont pas encore tranchées et ne semblent pas trouver de réponse évidente. C'est la grande limite des applications digitales de télésuivi. Pour autant des programmes comme STaR (*Symptom Tracking and Reporting*), qui permet aux patients de renseigner les effets indésirables des traitements, ont montré un allongement de la durée de vie et une amélioration de la qualité de vie.

Une autre façon de faire réside dans la constitution d'un trio de professionnels de santé autour du patient, constitué d'un infirmier libéral, d'un pharmacien d'officine et d'un médecin généraliste, tous trois choisis par le patient. Cette organisation, humaine, permet la dispensation du traitement et son administration au domicile lorsque cela est adapté. Le suivi quotidien par l'infirmier libéral et celui hebdomadaire par le médecin généraliste permettent de veiller à l'observance et à l'apparition d'effets indésirables. Les premiers résultats montrent un sentiment de sécurité des patients et des soignants entre eux, redonnent un rôle aux soignants du premier recours dans la phase active des soins, ainsi qu'une grande fluidité dans les échanges. Ceci pose la question de la volonté de développer des outils digitaux oubliant les organisations professionnelles existantes et efficaces au plus près des patients.

Des fiches de synthèses ont été créées dans plusieurs régions françaises, afin de donner une information sur les effets indésirables attendus en fonction du protocole de chimiothérapie et de fournir une proposition de conduite à tenir pour les médecins, les infirmiers ou les pharmaciens. Les fiches ont été utilisées dans 56 % des cas d'effets indésirables et ont permis à 93 % des médecins généralistes de gérer les effets secondaires. L'utilisation de la fiche a un impact sur le nombre d'hospitalisations et divise par dix le risque d'être hospitalisé(e) pour un effet indésirable [14]. Pour autant, la diffusion de ces fiches pose la question de l'accès simplifié à l'information qui n'est pas encore performante ni résolue.

Des articles scientifiques de synthèse autour des nouvelles thérapeutiques anticancéreuses ont également été publiés à destination des médecins généralistes [15].

Les nouveaux parcours coordonnés de soins proposent à la médecine de ville une place importante dans la prise en soin des malades atteints de cancer. L'interprofessionnalité est le maître mot de cette situation. Le suivi idéal semble être un suivi partagé avec une intégration complète du premier recours dès la phase active du traitement pour appréhender le patient dans sa globalité.

Complications de la maladie

La surveillance des patients se justifie car le repérage précoce d'une rechute est souvent associé à un meilleur pronostic. La surveillance est généralement radiologique ± biologique et clinique. En France, le Plan Cancer II propose d'« *élaborer des recommandations sur la surveillance partagée entre médecins hospitaliers et médecins traitants (…)* ». Plusieurs interventions de surveillance partagée ont ainsi été mises en place, notamment au Royaume-Uni [16]. Elles ont montré l'accueil favorable que réservaient les malades à ce type de collaboration tout en conservant une efficacité comparable au modèle classique tant sur la détection des récidives que sur la survie et la qualité de vie. En France, plusieurs expériences de suivi alterné ou partagé ont été initiées. Pour les régions ayant déjà mis en place ce type de surveillance, les résultats disponibles concernent principalement la bonne acceptation des patientes et des médecins.

En théorie, la surveillance alternée ou partagée permettrait :

- à l'oncologue de réduire la quantité de patients pris en charge en consultations de suivi ;
- au médecin généraliste de rester acteur dans la prise en charge des patients et de travailler en réseau avec d'autres professionnels ;
- aux patients d'avoir un accès facilité à une consultation dédiée.

Le suivi des femmes atteintes de cancer du sein a fait l'objet de différents programmes de surveillance alternée avec une réussite variable. Une difficulté du dispositif pour les médecins alternants (généralistes ou gynécologues) est d'identifier la consultation de surveillance. La patiente peut consulter pour de nombreux motifs et de façon récurrente pendant les 6 mois qui séparent la consultation initiale et la consultation dédiée à la surveillance. Il est ainsi difficile au médecin de pouvoir savoir à quel moment il doit réaliser cette consultation.

Des applications se développent pour détecter des récidives précoces. Certaines peuvent impliquer les acteurs de

proximité, d'autres proposent une interface directe entre le patient et l'équipe de soins spécialisée, sans implication du médecin généraliste.

Le cas des patients âgés atteints de cancer : oncogériatrie

Quotidiennement, les médecins généralistes sont confrontés à des questionnements sur la prise en charge des patients âgés en raison de la présence fréquente de comorbidités, syndromes gériatriques et déficiences contribuant à la fragilité. Les questions principales sont : « *que veut le patient ?* », « *le patient va-t-il décéder de son cancer ou avec son cancer ?* », « *est-ce que le patient va souffrir des complications du cancer au cours de sa vie ?* », « *est-ce que le patient est capable de tolérer le traitement en toute sécurité ?* », « *le traitement apportera-t-il plus d'avantages que d'inconvénients ?* » Ces questionnements ont conduit à l'évaluation de la fragilité, en particulier via l'évaluation gériatrique approfondie (EGA) qui est l'outil de référence d'évaluation de la fragilité utilisée en oncogériatrie.

Repérage de la fragilité

La médecine générale occupe une place essentielle dans le dispositif de repérage des patients potentiellement fragiles [17]. Les patients de plus de 65 ans représentent plus de 20 % de la patientèle d'un médecin généraliste. Ce dernier est en mesure, grâce à un test de repérage validé, simple et faisable en routine, d'identifier le patient âgé à risque de fragilité et de l'adresser précocement à l'équipe oncologique pour réaliser une évaluation plus approfondie (oncologue et/ou oncogériatre).

Une revue de la littérature [18] a répertorié les différents outils de repérage de la fragilité disponibles et validés chez les patients âgés atteints de cancer. Seuls le G8 (*Geriatric 8*) et l'aCGA (*abreviated Comprehensive Geriatric Assessment*) ont été développés spécifiquement chez des patients âgés atteints de cancer. Les outils de repérage ne peuvent pas à l'heure actuelle se substituer à une évaluation plus complète ; ils sont plutôt recommandés en cas d'absence d'accès à une EGA complète. Les données de la littérature ne permettent pas actuellement de proposer aux médecins généralistes un outil déjà validé en soins premiers. Les outils G8 ou G8 modifié pourraient être évalués en termes de performances et faisabilité en routine dans ce contexte.

Le repérage de la fragilité en soins premiers est un atout pour le patient. L'évaluation gérontologique réalisée en soins premiers ou par le gériatre amène des mesures correctives à mettre en place avant la décision thérapeutique oncologique. Ceci permet ainsi à certains patients de bénéficier de traitements plus personnalisés.

Suivi des patients âgés atteints de cancer

L'impact positif du suivi réalisé par le médecin généraliste est retrouvé dans quelques études [19]. Des patients traités pour un cancer colorectal et suivis régulièrement par le médecin généraliste avaient une maladie moins avancée, moins de complications et moins de consultations auprès des gastro-entérologues ou oncologues. De même, les récidives étaient plus souvent diagnostiquées par les médecins généralistes que par les autres spécialistes chez les patients âgés de plus de 75 ans.

La littérature rapporte une haute prévalence de la polymédication chez les patients âgés (41 % à 71 %) et souligne sa iatrogénie potentielle (51 %) [20]. Les patients âgés atteints de cancer consomment en moyenne 9,23 médicaments en raison de leurs comorbidités, des traitements anticancéreux eux-mêmes, des traitements de support et d'une automédication. La polymédication représente 10 % des hospitalisations avant 65 ans et 20 % après 80 ans. La nécessité d'une maîtrise du nombre de médicaments consommés par le patient est essentielle à sa prise en charge globale et pour éviter les interactions possibles avec les anticancéreux. Un travail conjoint du médecin généraliste et du pharmacien permettant de hiérarchiser les médicaments indispensables et de simplifier l'ordonnance des patients est déjà dans les esprits des acteurs de soins premiers. Différents protocoles de coopération sont mis en place de façon expérimentale dans divers bassins de santé, afin de proposer une optimisation de l'ordonnance pour les patients âgés atteints de cancer.

Des travaux de recherche permettant de tester des interventions visant une meilleure continuité des soins et collaboration sont nécessaires (infirmière en pratique avancée, outil de communication, système de partage d'information, suivi programmé).

L'après-cancer

Lorsque le patient est guéri ou en rémission de sa pathologie cancéreuse, le médecin généraliste continue à l'accompagner dans cet « après-cancer ». Comme pour les autres maladies chroniques, le médecin généraliste organise la prise en soin. En France, l'INCa a mené une étude concernant 4 349 personnes deux et cinq ans après leur diagnostic [21]. Cette étude montre l'impact du cancer dans de nombreux champs de la santé et de la vie. Elle révèle que la qualité de vie des patients est dégradée. Cinq ans après le diagnostic, 63,5 % expriment le fait de souffrir de séquelles dues au cancer et aux traitements. Les séquelles sont d'ordre physique, psychologique et cognitives. La consultation de suivi de l'après-cancer mobilise une approche biopsychosociale et nécessite d'évaluer les besoins physiques, psychologiques et sociaux. Les mesures de prévention persistent après le traitement d'un cancer, que ce soit la prévention primaire, secondaire ou tertiaire, en ce qui concerne le cancer lui-même ou les comorbidités.

Effets des traitements à long terme

La prise en charge du cancer mobilise une thérapeutique multiple : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie, etc. L'ensemble des thérapeutiques a des conséquences spécifiques et combinées dans l'après-cancer. Ces conséquences potentielles et celles constatées sont décrites par l'équipe hospitalière dans le programme personnalisé de l'après-cancer. L'évaluation de la santé du patient ayant eu un cancer prend en compte les séquelles physiques, psychologiques et cognitives. Parmi les séquelles physiques, les troubles en fonction de la

topographie chirurgicale, les douleurs (nociceptives, neuropathiques), les variations de poids, les troubles ostéoarticulaires et moteurs, la fatigue, la fatigabilité sont recherchés. L'évaluation psychologique recherche l'anxiété et la dépression. Il est établi que de nombreux traitements ont un impact cognitif jusqu'à 5 ans après leur arrêt. Enfin, l'impact sur la fertilité et la sexualité des traitements est recherché et pris en soin.

Une consultation de suivi de l'après-cancer permet d'évaluer l'ensemble des conséquences du cancer et de ses traitements. Cette évaluation établit un plan d'accompagnement et de soins appropriés. Le médecin généraliste détermine un plan de soins et de réhabilitation d'après-cancer avec le patient. Des programmes de réhabilitation dédiés se développent et intègrent différentes approches comme l'activité physique adaptée, la kinésithérapie, la psychologie, les échanges entre pairs.

L'évaluation des conséquences du cancer et de ses traitements recherche également l'impact dans le quotidien : situation financière, activité sociale, travail. Un accompagnement par les assistants sociaux permet la mise en place des aides nécessaires et la constitution de dossiers administratifs pour la reconnaissance d'éventuels handicaps.

Retour au travail et maintien en emploi

Les patients rencontrent également des difficultés à la reprise du travail et au maintien en emploi en lien avec leur cancer. Ces difficultés ont fait l'objet de nombreuses études descriptives [21]. Les facteurs du (non-)retour à l'emploi sont médicaux (type de cancer, gravité, conséquences des traitements), socio-démographiques, psychologiques, professionnels et en lien avec certaines valeurs personnelles. Des différences de retour au travail ont été identifiées en fonction de facteurs sociologiques dans différents pays, mettant en lumière des inégalités sociales et ethniques. Le modèle de l'*arena* a été développé pour définir l'ensemble des personnes à impliquer pour favoriser le retour au travail — il utilise la métaphore du stade [22]. Ce modèle intègre l'ensemble des parties prenantes d'un retour au travail : l'individu et ses ressources, le système de l'entreprise, le système législatif et d'assurance, le système de santé. Son intérêt a été mis en avant pour les patients ayant un cancer. Concernant le système de l'entreprise, des barrières et des facilitateurs de la reprise du travail ont été identifiés. Les caractéristiques du poste de travail comme la pénibilité physique, l'absence de possibilité d'adaptation du poste sont des barrières identifiées à la reprise du travail. L'implication de l'employeur est un facteur favorisant du maintien en emploi. À l'inverse, l'absence de soutien ou la stigmatisation sont des barrières à la reprise du travail. Ces barrières sont en lien avec un défaut de connaissance des enjeux de la reprise du travail après un cancer. En France, l'INCa a développé une charte de onze engagements pour améliorer l'accompagnement des salariés touchés par le cancer et promouvoir la santé pour guider les entreprises dans l'accompagnement des salariés ayant eu un cancer.

Le type d'indemnisation d'un arrêt de travail a un impact déterminant sur le recours à l'arrêt et la durée de cet arrêt de travail. Ainsi, dans le système français, il existe des inégalités entre les salariés du public, du privé et les indépendants notamment. La possibilité de travailler à temps partiel thérapeutique est notamment un outil performant de soutien du retour au travail après un cancer d'autant plus utile que l'arrêt durant la phase active a été prolongé. Ainsi, pour favoriser la reprise, il est recommandé d'adresser les patients en visite de pré-reprise auprès de leur médecin du travail, afin de définir les enjeux professionnels et les adaptations à programmer en partenariat avec l'entreprise. À l'issue de cette visite, des aménagements pourront être organisés ; ils seront facilités par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Inégalités sociales en santé

Quel que soit le moment de l'accompagnement des patients atteints de cancer, la place des inégalités sociales de santé est grandissante dans le champ des soins premiers. La littérature montre que les modalités actuelles retenues pour promouvoir les pratiques de prévention augmentent les inégalités plutôt qu'elles ne les réduisent. Le constat est fait par les différents plans Cancer de la présence d'inégalités sociales de santé. La mise en œuvre de moyens de réduction de celles-ci tient compte d'un universalisme proportionné. Un programme ciblé est une manière dite classique d'agir en santé en vue de réduire les inégalités. Cette approche s'adresse seulement aux sous-groupes considérés comme prioritaires au sein de la population générale. Les approches ciblées sont souvent commencées en direction des groupes issus de milieux défavorisés ayant des besoins spécifiques. L'universalisme proportionné met en place des actions universelles avec un objectif de « santé pour tous » et une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes sociaux. Le but est de rendre les actions plus accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin : « à chacun selon ses besoins ». Le concept de mesures universelles proportionnées semble résoudre le dilemme entre cibler une population dans le besoin ou développer une action qui profite à tous, même aux plus favorisés. En France, le concept de mesures universelles proportionnées reste peu connu et complexe à mettre en œuvre sur le terrain. La médecine générale a vocation à démontrer le bénéfice de stratégies universelles proportionnées aux besoins et aux vulnérabilités de la population, soit en raison de facteurs de risque sociaux, soit en raison de facteurs de risque comportementaux. La place du médecin généraliste devrait permettre un accès équitable aux soins premiers sur le territoire.

Références

[1] Summerton N. Diagnosis and general practice. Br J Gen Pract 2000;50(461):995–1000.

[2] Lamort-Bouche M, Chardon M, Kellou N, Ray-Coquard I, Colin C, Letrilliart L. Cancer screening and follow-up in general practice: A French nationwide cross-sectional study. Eur J Gen Pract 2020;26(1):95–101.

[3] Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Revue française des affaires sociales 2010;3:11–20.

[4] Le Coindard G. vécu du diagnostic et de la phase thérapeutique initiale par les personnes atteintes de pathologies cancéreuses: quels rôles pour la médecine générale au prisme des inégalités sociales de santé? Thèse de doctorat: Université Paris-Nanterre ; 2019.
[5] Haute Autorité de santé. Approche centrée patient. [En ligne] Saint-Denis: HAS ; 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr.
[6] Rougé-Bugat ME, Omnes C, Delpierre C, et al. Primary care physicians and oncologists are partners in cancer announcement. Supp Care Cancer 2016 ;24(6):2473–9.
[7] Institut national du cancer. Plan cancer 2 [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa ; 2008. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/.
[8] Institut national du cancer. Plan cancer 3 [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa ; 2015. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/.
[9] Rougé-Bugat ME. Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie. Thèse de doctorat: Université Paul-Sabatier ; 2014.
[10] Coindard G, Barrière J, Vega A, et al. What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study. Eur J Gen Pract 2016 ;22(2):96–102.
[11] Guignon N, Sandret N. Sumer 2003 : les expositions aux produits cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques. Documents pour le médecin du travail 2005 ;104.
[12] Rivière S, Cadeac-Birman H, Valenty M, Pulicani J, Chevalier A. Les maladies à caractère professionnel et les maladies professionnelles reconnues au régime général de sécurité sociale en Midi-Pyrénées : période 2005-2008. INVS: DIRECCTE ; 2010.
[13] Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, et al. Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study): a national cohort study of 2853 patients. Br J Gen Pract 2019 ;69(679):e88–96.
[14] Rougé-Bugat ME, Lassoued D, Bacrie J, et al. Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners. Support Care Cancer 2015 ;23(12):3473–80.
[15] Rougé-Bugat ME, Gimenez L, Druel V, Boussier N. Le médecin généraliste face aux nouvelles thérapeutiques anticancéreuses. exercer 2017 ;137:404–11.
[16] Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. Br J Gen Pract 1999 ;49(446):705–10.
[17] De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Frailty: an emerging concept for general practice. Br J Gen Pract 2009 ;59(562):e177–82.
[18] Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, et al. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. The Lancet Oncology 2012 ;13(10):e437–44.
[19] Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. J Clin Oncol 2006 ;24(6):848–55.
[20] Turner JP, Jamsen KM, Shakib S, et al. Polypharmacy cut-points in older people with cancer: how many medications are too many? Support Care Cancer 2016 ;24(4):1831–40.
[21] Institut national du cancer. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. VICAN5. [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa ; juin 2018. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/.
[22] Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. J Occup Rehabil 2005 ;15(4):507–24.

Chapitre 16

Le patient atteint de troubles respiratoires

BPCO, asthme

Anthony Chapron, François Kermiche

PLAN DU CHAPITRE

Enjeux épidémiologiques et médico-économiques 131
Identifier la maladie respiratoire chronique . . 132
Prise en charge de la BPCO en soins primaires 133
Prise en charge de l'asthme en soins primaires 134
Enjeux liés à l'observance et à la technique d'inhalation dans les maladies respiratoires chroniques 138
Syndrome de chevauchement asthme-BPCO . . 139
Interprofessionnalité en santé respiratoire . . . 139
Conclusion. 139

Les données synthétisées sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont principalement extraites et adaptées des recommandations françaises 2019 de la HAS [1], des recommandations internationales 2021 de la *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) [2]. Les données sur l'asthme sont principalement tirées des recommandations britanniques 2020 de la *National Institute for health and Care Excellence* (NICE) [3] et des recommandations internationales 2021 de la *Global INitiative for Asthma* (GINA) [4].

Enjeux épidémiologiques et médico-économiques

La BPCO et l'asthme sont les maladies respiratoires chroniques basses les plus fréquentes dans le monde et en France.

Les motifs d'ordre respiratoire représentent le deuxième motif le plus fréquent (13 %) de recours aux médecins généralistes français en 2012 [5]. Parmi ces motifs, la majorité concernait une plainte symptomatique (toux…) et 4,5 % de ces consultations concernaient le suivi d'un asthme ou d'une BPCO formellement diagnostiquée, à l'état stable [6].

Selon le *Global Burden of Disease* [7], qui évalue la morbi-mortalité des maladies dans le monde, la prévalence de la BPCO et de l'asthme diminue en France entre 1990 et 2019. Pour la BPCO, elle est passée de 11,2 à 9,9 % pour les adultes de plus de 55 ans ; cependant, elle ne baisse que chez l'homme et reste stable chez la femme. Pour l'asthme, la prévalence a diminué de 11,5 à 7,4 %, tous âges confondus, mais a augmenté chez les enfants de 5 à 9 ans, passant de 5,2 à 7,2 %. La prévalence est difficile à interpréter car la BPCO et l'asthme sont des maladies sous-diagnostiquées. Le sous-diagnostic pourrait atteindre près de 70 % pour la BPCO [8] et environ 55 % pour l'asthme [4].

Malgré un sous-diagnostic et une prévalence en diminution, il est estimé, en 2019, que la BPCO concerne 2,5 millions de Français, autant de femmes que d'hommes. L'asthme touche 4,6 millions de personnes en France et concerne majoritairement des femmes, avec un ratio de 1,5:17. Chez les patients de plus de 55 ans, elle est la quatrième cause de mortalité dans le monde et la huitième en France en 2019 avec 17 500 décès [7]. L'incidence des décès liés à la BPCO est en augmentation constante entre 2006 et 2019 (+ 18 %).

L'asthme est très rarement mortel mais il est source de handicap, particulièrement chez le sujet jeune (avant 40 ans), et provoque un absentéisme scolaire et un absentéisme au travail. L'absentéisme est particulièrement marqué chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé ; ainsi, le nombre de jours perdus du fait d'un asthme non contrôlé est trois fois supérieur au nombre de jours perdus du fait d'un asthme partiellement contrôlé [9].

Pour les membres de l'Union européenne, la BPCO a représenté des dépenses de 141 milliards d'euros et de 72 milliards pour l'asthme en 2011. Le poids économique de ces maladies est lié au nombre d'années de vie perdues en bonne santé, c'est-à-dire au handicap et aux décès prématurés liés aux maladies, soit 93 milliards d'euros par an pour la BPCO et 38,3 milliards d'euros par an pour l'asthme [10].

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Identifier la maladie respiratoire chronique

Le diagnostic de la BPCO et de l'asthme repose sur un faisceau d'arguments cliniques confirmés par une exploration fonctionnelle respiratoire, ou spirométrie, qui objective la présence d'une obstruction des voies respiratoires basses (cf. encadré).

La BPCO, évoquée cliniquement, n'est diagnostiquée que par la spirométrie. Pour l'asthme, le contexte et les symptômes cliniques prévalent sur les résultats de la spirométrie, qui peut être normale ou subnormale.

Repérer précocement les symptômes pour évoquer un diagnostic de maladie respiratoire chronique

Les maladies obstructives respiratoires chroniques sont évoquées devant :

- une toux chronique, dont le rythme et la périodicité (diurne, continue, intermittente, nocturne…) sont à préciser ;
- des expectorations fréquentes ;
- une dyspnée lors d'un exercice physique ;
- des épisodes répétés d'infections respiratoires basses ;
- une constatation lors de l'examen clinique de bruits respiratoires (ronchi, sibilants…).

Ces symptômes sont souvent banalisés par les patients, notamment ceux ayant des facteurs de risque (patients fumeurs). Leur recherche est une démarche proactive des soignants. L'orientation vers une BPCO ou un asthme est facilitée par le repérage des éléments cliniques du tableau 16.1.

La mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) par un débitmètre de pointe, ou *peak-flow*, aide à l'orientation du diagnostic ; l'absence de contrôle de la qualité de la réalisation du test le rend toutefois peu sensible et peu spécifique.

La constatation de symptômes respiratoires évocateurs d'une maladie respiratoire chronique **nécessite de proposer des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) ou spirométrie** pour poser un diagnostic.

La spirométrie est un examen réalisé par les pneumologues ou les laboratoires d'EFR et également dans les structures de soins primaires. Environ 1,5 % des médecins généralistes français pratiquent régulièrement la spirométrie [11]. Les infirmiers du dispositif ASALEE et les infirmiers en pratique avancée (IPA) peuvent également effectuer des spirométries dans les structures pluriprofessionnelles de soins primaires. La réalisation d'une spirométrie par le médecin généraliste nécessite une courte formation pratique et l'investissement dans un appareillage adapté. Une cotation spécifique de l'acte est prévue.

Sa réalisation nécessite une participation active du patient sous la surveillance du soignant, pour effectuer, à au moins trois reprises, une courbe débit-volume forcée respectant des critères de qualité (technique d'exécution, reproductibilité des courbes). Vérifier la qualité des courbes est indispensable pour une interprétation valide des résultats (cf. encadré infra). En cas d'obstruction bronchique, un test de réversibilité est pratiqué après administration au patient de 400 µg (quatre bouffées) de salbutamol inhalé, qui renouvelle au décours trois nouvelles courbes débit-volume forcées [11].

Poser le diagnostic

Diagnostic de BPCO

La BPCO est objectivée lors d'une spirométrie par un trouble ventilatoire obstructif qui persiste après un test de réversibilité par bronchodilatateurs d'action rapide.

Dans la BPCO, la spirométrie n'est jamais normale — contrairement à ce que l'on peut rencontrer dans l'asthme. Le rapport VEMS/CVF (dit rapport de Tiffeneau) reste inférieur à 70 % après la prise des bronchodilatateurs d'action rapide. C'est la définition la plus communément acceptée. Ce rapport est à l'origine de sous-diagnostic de l'obstruction bronchique chez les patients jeunes et de surdiagnostic chez les patients plus âgés, car le ratio VEMS/CVF diminue physiologiquement avec l'âge. L'alternative est une définition de l'obstruction bronchique fondée sur un rapport VEMS/CVF < LIN (limite inférieure de la normale).

La valeur du VEMS définit le stade de la sévérité de la maladie. La spirométrie de détection précoce de la BPCO et de suivi des patients de faible sévérité est effectuée par des professionnels de santé de soins primaires formés [11]. Pour les patients présentant une maladie plus sévère ou un doute diagnostic, des EFR complètes comportant une pléthysmographie avec mesures des volumes résiduels et capacité pulmonaire totale sont indiquées et nécessitent un recours spécialisé. La spirométrie de suivi des patients ayant une obstruction sévère ou dont la pathologie est difficile à stabiliser est du champ de compétence du pneumologue.

Tableau 16.1 **Symptômes évocateurs de BPCO ou d'asthme.**

Plutôt évocateur de BPCO	Plutôt évocateur d'asthme
Début après 40 ans	Début avant 35 ans
Tabagisme actif/passif ou antécédent de tabagisme actif/passif	Pas d'antécédent de tabagisme
Exposition professionnelle ou domiciliaire à des toxiques ou des irritants (particules, fumées, gaz, vapeurs…)	Antécédent personnel ou familial d'atopie
Dyspnée persistante et progressive	Antécédent familial d'asthme
Toux productive chronique	Sifflements respiratoires/sibilants
	Symptômes variables dans la journée
	Symptômes nocturnes

Résultats spirométriques et maladies respiratoires chroniques obstructives

Rapport VEMS/CVF avant prise de bronchodilatateurs :

- < 70 % → syndrome respiratoire obstructif.
- ou < LIN, c'est-à-dire inférieur à 90 % de sa valeur théorique pour l'âge du patient (critère souvent utilisé pour les jeunes adultes ou personnes très âgées).

Puis, en cas de rapport VEMS/CVF < 70 %, pratiquer un test de réversibilité par la prise de bronchodilatateurs d'action rapide :

- Positif, c'est-à-dire augmentation du VEMS de plus de 12 % et de plus de 200 ml → ≈ asthme.
- Négatif, le rapport VEMS/CVF restant inférieur à 70 % → ≈ BPCO.

Diagnostic d'asthme

Le diagnostic de l'asthme est posé à partir d'un faisceau d'arguments regroupant des symptômes évocateurs et une spirométrie évocatrice. Aucun symptôme n'est pathognomonique.

Une spirométrie est en faveur d'asthme si elle retrouve un syndrome ventilatoire obstructif réversible après bronchodilatation (cf. encadré supra). Cependant, **le diagnostic d'asthme n'est pas exclu si la spirométrie est normale** (particulièrement chez l'enfant).

En cas de suspicion clinique forte avec spirométrie normale, la réalisation d'une seconde spirométrie à distance de la première est recommandée. Il est nécessaire de rechercher les diagnostics différentiels [3, 4].

Les tests allergologiques (recherche d'IgE anti-pneumallergènes, *prick tests*, etc.) n'aident pas au diagnostic d'asthme et ne sont pas recommandés dans le bilan initial. Ils peuvent éventuellement être utiles pour explorer les facteurs associés à l'asthme, en particulier le terrain atopique [4].

Chez l'enfant de moins de 6 ans, la survenue de plusieurs épisodes respiratoires bas peut faire évoquer le diagnostic d'asthme. La difficulté de réaliser une spirométrie avant l'âge de 6 ans rend difficile la confirmation du diagnostic. Les « syndromes asthmatiques » s'amendent souvent pendant la grande enfance. L'association d'au moins deux épisodes de dyspnée avec sifflements respiratoires ou sibilants et d'antécédents atopiques personnels (eczéma, allergie alimentaire ou médicamenteuse) ou familiaux (asthme, allergie) est en faveur du diagnostic [4].

En cas de **doute**, et quel que soit l'âge du patient, la **réalisation d'un test thérapeutique** (8 semaines de corticostéroïdes inhalés) peut aider au diagnostic [3, 4].

Prise en charge de la BPCO en soins primaires

Suivi d'un patient atteint d'une BPCO stabilisée

L'objectif de la prise en charge globale du patient est d'améliorer son vécu de la maladie et le contrôle de ses symptômes, notamment la dyspnée, de ralentir la progression de la maladie et d'éviter la survenue d'exacerbations.

L'**arrêt du tabac** est la mesure prioritaire qui a démontré son intérêt pour interrompre la progression de l'obstruction bronchique et retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire, quel que soit le stade de la maladie. L'aide à l'arrêt du tabac comporte une approche psychologique et motivationnelle, complétée si besoin par une aide médicamenteuse.

Les autres mesures abordées concernent :

- la prévention des complications : vaccination antigrippale, antipneumococcique et autres vaccinations, selon les recommandations vaccinales mises à jour tous les ans ;
- le contrôle des symptômes : traitements pharmacologiques reposant sur les différentes familles de bronchodilatateurs :
  - les indications thérapeutiques des traitements inhalés dépendent des symptômes (dyspnée) et de la survenue ou non d'exacerbations, selon une gradation progressive partant d'une monothérapie puis d'une bithérapie puis d'une trithérapie inhalée (figure 16.1),
  - le choix du dispositif d'inhalation est à adapter aux préférences du patient, qui doit bénéficier d'une éducation à son usage,
  - les corticostéroïdes inhalés ne doivent jamais être utilisés en monothérapie,
  - l'oxygénothérapie de longue durée concerne les patients atteints d'une hypoxémie sévère et doit être utilisée 15 heures par jour au minimum chez des patients non-fumeurs.

La **réadaptation respiratoire** (antérieurement appelée réhabilitation respiratoire) désigne une approche multidisciplinaire à proposer à tout patient symptomatique malgré son traitement pharmacologique (donc en cas de handicap respiratoire), en fonction de l'offre territoriale accessible. Elle comporte :

- l'aide à l'arrêt du tabac ;
- l'optimisation du traitement pharmacologique ;
- le réentraînement à l'exercice ;
- la kinésithérapie de drainage bronchique ;
- la prise en charge psychosociale ;
- l'éducation thérapeutique du patient ;
- la prise en charge nutritionnelle.

Son efficacité a été démontrée sur la dyspnée, la capacité d'exercice, la qualité de vie et la consommation de soins.

Pour les patients de stade sévère (VEMS < 50 %), une prise en charge en ALD est possible. En cas de facteur de risque professionnel identifié, une demande de reconnaissance en maladie professionnelle peut être effectuée.

Comorbidités associées à la BPCO à rechercher

L'entretien avec le patient vise à identifier les comorbidités fréquemment associées à la BPCO et pouvant en altérer le pronostic. Environ 60 % des BPCO sont associées à d'autres pathologies chroniques qui partagent les mêmes facteurs de risque ou mécanismes physiopathologiques (tabac, sédentarité, inflammation systémique…), en premier lieu les pathologies cardiovasculaires.

Prise en charge d'une exacerbation de BPCO

L'exacerbation de BPCO est évoquée devant toute insuffisance respiratoire aiguë chez un patient BPCO ou à risque de BPCO (patient fumeur, par exemple). Il s'agit d'une aggravation (au-delà de 24 heures) des symptômes respiratoires (toux et/ou dyspnée et/ou expectorations) au-delà de leurs variations habituelles, conduisant à une modification thérapeutique (augmentation des bronchodilatateurs et/ou corticothérapie systémique et/ou antibiothérapie). Les exacerbations sévères sont celles qui nécessitent une hospitalisation.

L'étiologie de l'exacerbation est à rechercher : surinfection bronchique virale ou bactérienne, pneumopathie infectieuse, prise de sédatifs, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, etc., et aussi pic de pollution de l'air, inobservance médicamenteuse ou iatrogénie (médicaments dépresseurs respiratoires). L'origine bactérienne est suspectée en cas de franche évolution purulente des crachats.

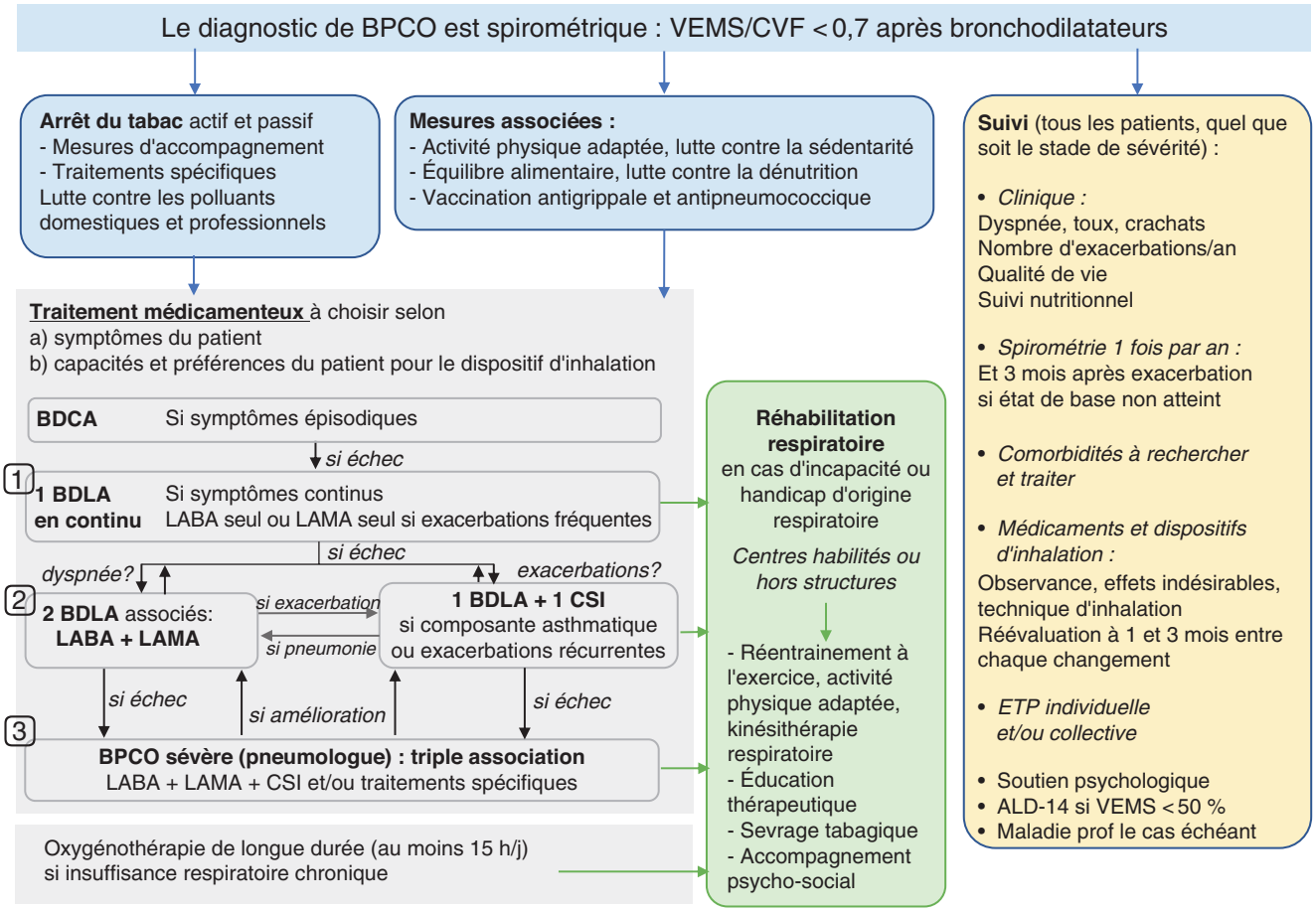


Fig. 16.1 Prise en charge globale d'un patient atteint de BPCO à l'état stable. ALD : affection de longue durée ; BDCA, BDLA : bronchodilatateur de courte/longue durée d'action ; CSI : corticostéroïde inhalé ; LABA : β_2-agoniste de longue durée d'action ; LAMA : anticholinergique de longue durée d'action. Pour le choix des molécules correspondant aux classes thérapeutiques indiquées : se référer aux bases médicamenteuses. *(Adapté de : Haute Autorité de santé. Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive. [En ligne] Saint-Denis: HAS; 2019.)*

Décider de la prise en charge de l'exacerbation en milieu ambulatoire ou en milieu hospitalier nécessite de repérer les éléments contextuels socio-environnementaux et les éléments cliniques (figure 16.2). Le traitement repose sur :

- le traitement des symptômes : majoration du traitement bronchodilatateur, oxygénothérapie, kinésithérapie de désencombrement pulmonaire ;
- la recherche des facteurs déclenchants et leur traitement, si possible : antibiothérapie si suspicion d'infection bactérienne (purulence franche des crachats), reprise de l'éducation du patient en cas de difficultés d'observance, arrêt du tabac… ;
- la réévaluation et la prise en charge des comorbidités associées qui peuvent aggraver le pronostic de l'exacerbation.

L'évolution de l'exacerbation dépend de sa gravité (sévérité de l'obstruction bronchique et des symptômes), du contexte (comorbidités, âge) et de la rapidité de mise en œuvre du traitement.

Prise en charge de l'asthme en soins primaires

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel à suspecter un asthme et à initier le traitement.

La grande majorité (près de 85 %) des patients atteints d'asthme sont uniquement pris en charge par leur médecin généraliste [4].

Le recours à un pneumologue se fait principalement en cas de doute diagnostique, d'asthme lié à l'activité professionnelle ou d'un asthme complexe ou qui nécessite des traitements spécifiques (biothérapie).

L'objectif du traitement de l'asthme est d'**obtenir le contrôle de l'asthme**, afin de limiter le handicap provoqué par la maladie, la survenue d'exacerbations/décès et de limiter la perte de la fonction pulmonaire [3, 4].

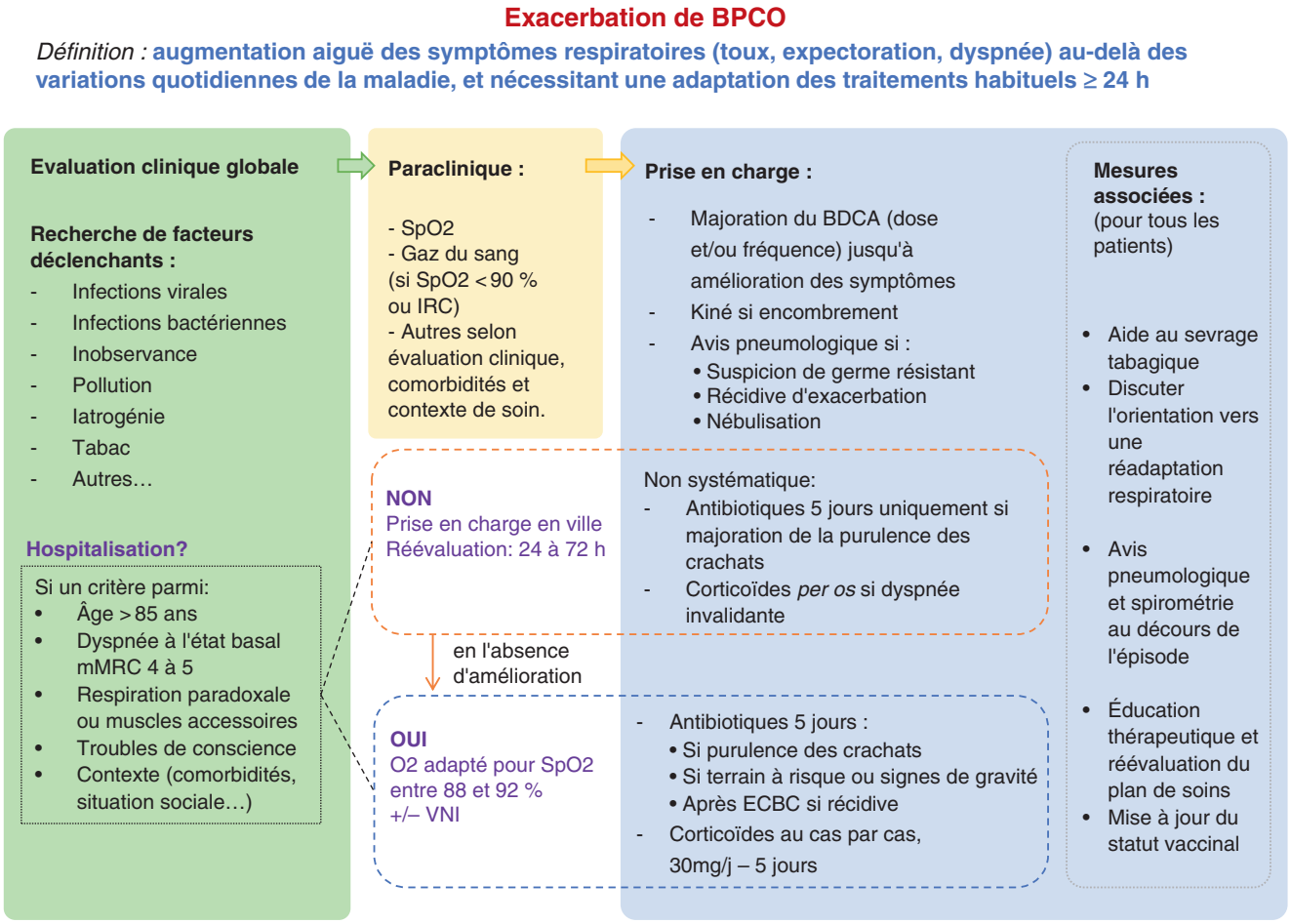


Fig. 16.2 Prise en charge d'une exacerbation de BPCO en ville et à l'hôpital (hors réanimation). BDCA : bronchodilatateur de courte durée d'action ; ECBC : examen cytobactériologique des crachats ; IRC : insuffisance respiratoire chronique ; mMRC : échelle de dyspnée du *Medical Research Council* modifiée ; O_2 : oxygénothérapie ; SpO_2 : saturation pulsée en oxygène ; VNI : ventilation non invasive. *(Adapté de : Haute Autorité de santé. Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive. [En ligne] Saint-Denis: HAS; 2019.)*

Contrôle de l'asthme

Un *test de contrôle de l'asthme* (figure 16.3) peut être effectué afin d'en définir le niveau de contrôle. Un score inférieur à 20 sur 25 indique que l'asthme n'est pas contrôlé.

En dehors de l'évaluation du contrôle, les facteurs de risque d'exacerbation sont à rechercher [4] :

- une importante consommation de SABA (β-agonistes de courte durée d'action) ;
- des comorbidités (obésité, allergie, grossesse, rhinite chronique, reflux, tabagisme, pollution atmosphérique) ;
- une difficulté économique ou psychologique ;
- un VEMS < 60 % de la normale et/ou une forte réversibilité ;
- un antécédent d'exacerbation dans les 12 derniers mois.

La présence de l'un de ces facteurs nécessite une vigilance supplémentaire du patient et du soignant, car ils indiquent un risque accru d'exacerbation.

Principes de traitement de l'asthme

La prise en charge globale de l'asthme comporte (figure 16.4) [3, 4] :

- une prise en charge des facteurs de risque et environnementale (tabac, activité sportive, exposition aux allergènes respiratoires, etc.) permettant de mettre en place des mesures d'éviction (tabac, allergènes…) et d'adaptation (asthme d'effort) ;
- une prise en charge sociale (protocole d'accueil individualisé en milieu scolaire, maladie professionnelle le cas échéant) ;
- une prise en charge pharmacologique graduée par palier, alliant un traitement de secours à un traitement de fond, dépendant de l'âge du patient.

Le traitement de secours a pour objectif d'améliorer les symptômes d'asthme en cas d'exacerbation. Le traitement de fond a pour objectif de limiter la survenue de symptômes, d'exacerbation, d'hospitalisation et de décès. Il est le traitement le plus important dans l'asthme.

L'initiation du traitement se fait en fonction de l'intensité des symptômes (tableau 16.2).

L'adaptation du traitement comporte l'évaluation du contrôle de l'asthme toutes les 4 à 12 semaines :

- si le contrôle de l'asthme n'est pas obtenu, il est recommandé de passer au palier supérieur ;

Au cours des **4 dernières semaines**, votre asthme vous a-t-il gêné dans vos activités au travail, à l'école ou chez vous ?				
Tout le temps	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé ?				
Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 6 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes d'asthme (sifflement dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?				
≥ 4 nuits par semaine	2 à 3 nuits par semaine	Une nuit par semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (exemple : salbutamol, terbutaline) ?				
≥ 3 fois par jour	1 à 2 fois par jour	2 à 3 fois par semaine	≤ 1 fois par semaine	Jamais
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des **4 dernières semaines** ?				
Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalement contrôlé
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Fig. 16.3 Test de contrôle de l'asthme.

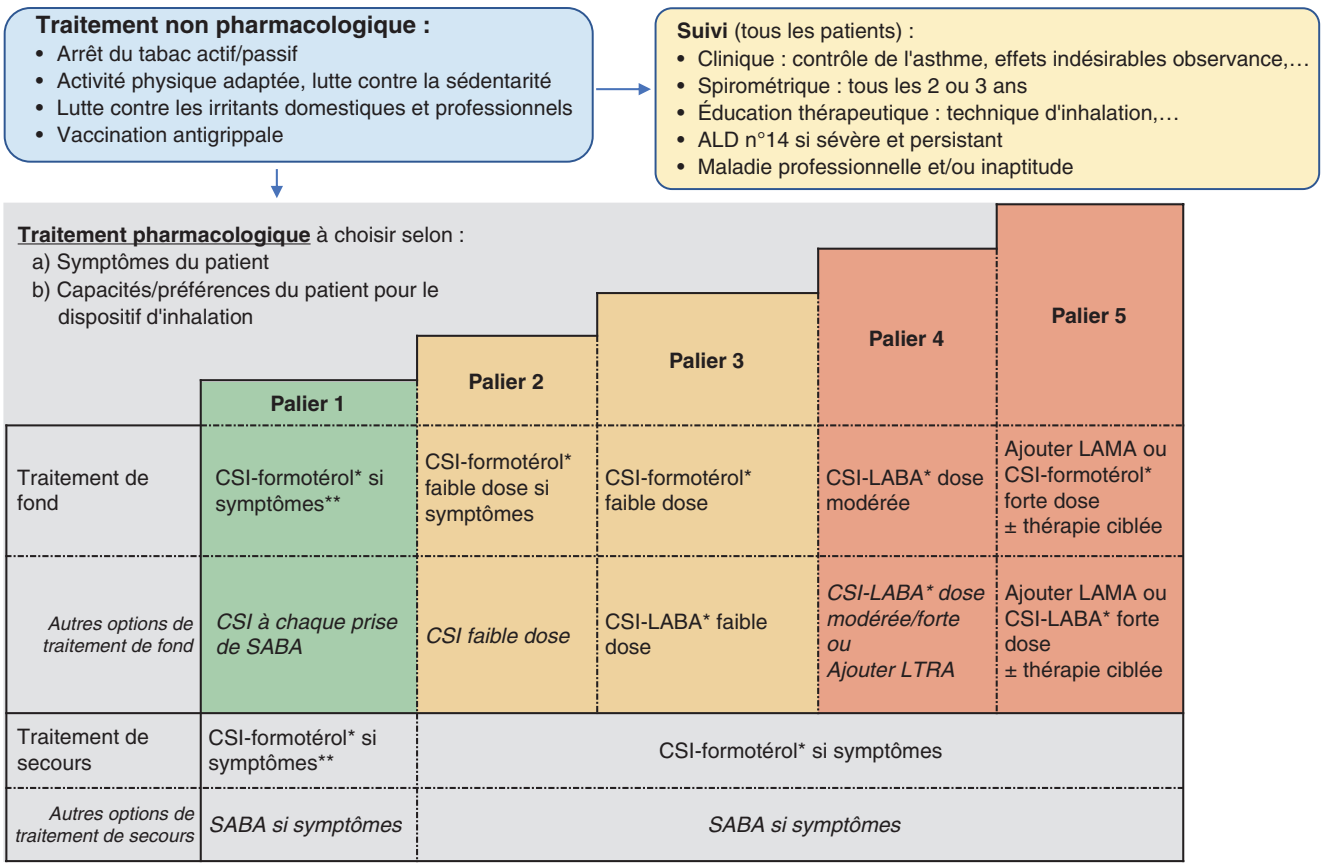


Fig. 16.4 Prise en charge globale de l'asthme. Traitement pharmacologique de l'adulte. CSI : corticostéroïdes inhalés ; LAMA : anticholinergiques ; LTRA : anti-leucotriènes ; LABA : β_2-agonistes de longue durée d'action ; SABA : β_2-agonistes de courte durée d'action. * Existe en association fixe. ** Cf. infra « Information sur les traitements inhalés dans l'asthme ».
Pour le choix des molécules correspondant aux classes thérapeutiques indiquées : se référer aux bases médicamenteuses. *(Adapté de : 2021 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NICE guideline. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. [NG80]. 29 November 2017, last updated: 22 March 2021.)*

Tableau 16.2 **Initiation du traitement de l'asthme.**

Symptômes	Symptômes < 2/mois Et absence de facteurs de risque d'exacerbations	Symptômes ≥ 2/mois	Symptômes diurnes ≥ 2/ semaine Et/ou réveils nocturnes ≥ 1/semaine	Forme initiale très sévère et incontrôlée Ou fonction pulmonaire très faible
Débuter par :	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4

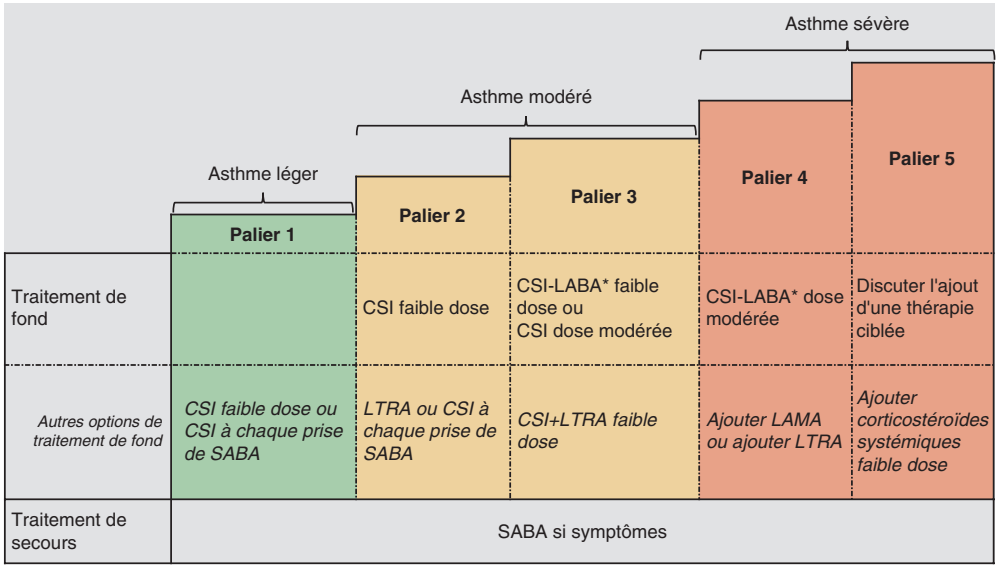


Fig. 16.5 Traitement pharmacologique de l'enfant de 6 à 11 ans. Pour le choix des molécules correspondant aux classes thérapeutiques indiquées : se référer aux bases médicamenteuses. CSI : corticostéroïdes inhalés ; LTRA : anti-leucotriènes ; LABA : β_2-agonistes de longue durée d'action ; SABA : β_2-agonistes de courte durée d'action.
* **Existe en association fixe.** *(Adapté de : 2021 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NICE guideline. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. [NG80]. 29 November 2017, last updated: 22 March 2021.)*

- si le contrôle est obtenu pendant au moins 3 mois, une diminution du traitement peut être envisagée.

La vaccination antigrippale est recommandée chez les patients asthmatiques.

Pour les enfants, la prise en charge globale reste identique, mais les paliers diffèrent de ceux de l'adulte du fait de preuves d'efficacité des traitements différentes (figures 16.5 et 16.6) [4].

Information sur les traitements inhalés dans l'asthme

Les CSI (corticostéroïdes inhalés) sont le traitement principal de l'asthme. Ils réduisent le risque d'exacerbations sévères, d'hospitalisations et de décès [4].

L'association fixe de formotérol-CSI est recommandée comme traitement de secours pour tout patient par la GINA car elle semble réduire le risque d'exacerbation sévère. La NICE maintient les SABA comme traitement de secours en cas de symptômes peu fréquents [3, 4]. Pour les patients avec un asthme d'effort et/ou des symptômes d'asthme peu fréquents, il n'y a pas de données solides sur une meilleure efficacité de l'association formotérol-CSI par rapport au SABA seul [4]. Le formotérol est spécifié car il est d'action plus rapide par rapport aux autres LABA (β-agonistes de longue durée d'action). Cette association n'est pas étudiée chez l'enfant de moins de 11 ans et ne peut être recommandée [3, 4].

Les LTRA (anti-leucotriènes) semblent moins efficaces que les CSI, particulièrement sur la survenue des exacerbations.

Les LABA ne sont pas recommandés seuls dans l'asthme du fait d'un risque accru d'exacerbation sévère et de décès [4].

Le tiotropium est un traitement de troisième ligne de l'asthme et est toujours associé à un autre traitement de fond.

Exacerbation d'asthme

Une exacerbation d'asthme se définit par une aggravation aiguë des symptômes. Elle peut parfois être inaugurale de la maladie asthmatique et déclenchée par différentes causes (infection virale, allergènes, pollution atmosphérique, etc.).

Le diagnostic est clinique et peut être complété par la mesure du DEP par un débitmètre de pointe, ou *peak-flow*. La valeur du DEP est à interpréter selon des échelles ou abaques prenant en compte l'âge, la taille et le sexe du patient.

Le traitement de l'exacerbation nécessite [4] :

- une majoration du traitement de secours ;
- une majoration du traitement de fond (hors anti-leucotriènes) ;

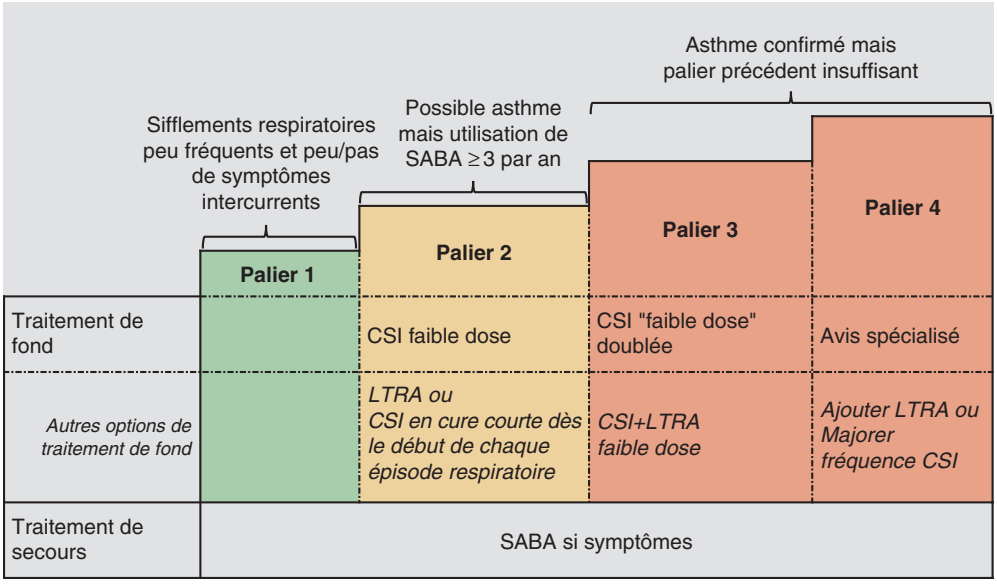


Fig. 16.6 Traitement pharmacologique de l'enfant de moins de 6 ans. Pour le choix des molécules correspondant aux classes thérapeutiques indiquées : se référer aux bases médicamenteuses. CSI : corticostéroïdes inhalés ; LTRA : anti-leucotriènes ; LABA : β_2-agonistes de longue durée d'action ; SABA : β_2-agonistes de courte durée d'action.
* **Existe en association fixe.** *(Adapté de : 2021 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NICE guideline. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. [NG80]. 29 November 2017, last updated: 22 March 2021.)*

- une corticothérapie orale en cas d'absence d'amélioration après 2 jours de majoration du traitement inhalé et/ou un DEP < 60 % de la normale.

L'utilisation d'une chambre d'inhalation est recommandée en cas d'exacerbation, quels que soient l'âge et les compétences du patient. Elle ne s'utilise qu'avec un aérosol-doseur (ou spray).

En cas de symptômes nécessitant une prise en charge au cabinet, il est possible d'administrer au patient un SABA (β-agonistes de courte durée d'action) quatre à dix bouffées toutes les 20 minutes pendant 1 heure à l'aide d'une chambre d'inhalation.

Une prise en charge hospitalière est nécessaire en cas de signes de détresse respiratoire (signes de lutte respiratoire, agitation, désaturation, difficulté à parler, polypnée, tachycardie, etc.) ou en cas d'aggravation de l'exacerbation malgré un traitement initial au cabinet.

Corticothérapie orale dans l'exacerbation d'asthme

- Adultes : prednisolone 40 à 50 mg par jour pendant 5 à 7 jours.
- Enfants : 1 à 2 mg/kg par jour pendant 3 à 5 jours, avec des posologies maximales :
  - dose maximum, enfant de 6 à 11 ans : 40 mg par jour ;
  - dose maximum, enfants de 2 à 5 ans : 30 mg par jour ;
  - dose maximum, enfants < 2 ans : 20 mg par jour.

Enjeux liés à l'observance et à la technique d'inhalation dans les maladies respiratoires chroniques

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le mieux placé pour évaluer et prendre en charge l'inobservance, qui concerne 20 à 30 % des patients sous traitement inhalé en France. De même, un mésusage ou des erreurs de manipulation des dispositifs d'inhalation (50 à 70 % des patients observants) sont repérés lors des contacts réguliers avec le patient [12].

Une bonne observance et une technique d'inhalation adaptée permettent d'éviter une majoration médicamenteuse non justifiée et donc de limiter la iatrogénie et les coûts de santé.

L'inobservance est surtout retrouvée pour le traitement de fond et s'explique par divers aspects :

- des symptômes de faible intensité (pour les asthmes légers ou BPCO non sévères, formes les plus fréquentes) ;
- la difficulté de la technique d'inhalation : il faut alors changer de dispositif d'inhalation ; ils sont variés pour une même molécule ;
- la dimension chronique de l'asthme et de la BPCO et leur corollaire motivationnel (chapitre 18).

Pour limiter le risque d'erreur et d'inobservance, il est recommandé de **choisir un dispositif d'inhalation adapté au patient**. Ce choix est guidé par :

- les préférences du patient ;
- ses capacités physiques et mentales (âge, force, motricité fine, etc.) ;

- la disponibilité d'un même dispositif pour le traitement de fond et de secours ;
- la maîtrise de l'utilisation du dispositif par le médecin prescripteur.

Une fois le choix fait, l'éducation du patient à l'utilisation de son dispositif et la vérification d'absence d'erreur à chaque consultation sont importantes — en particulier en cas d'échec du traitement. Pour cela, des outils ont été développés, comme le site internet et application mobile du *Guide Zéphir*© (SPLF). Ils fournissent des vidéos explicatives sur les techniques d'inhalation.

La réévaluation se fait, idéalement, avec le dispositif amené par le patient pendant la consultation.

Syndrome de chevauchement asthme-BPCO

L'asthme et la BPCO sont des maladies hétérogènes dont les présentations cliniques peuvent parfois se chevaucher. On parle de chevauchement asthme-BPCO. Il n'y a pas de définition consensuelle de ce tableau clinique, mais il représente entre 15 et 30 % des patients atteints de BPCO ou d'asthme [4]. Les tableaux cliniques pouvant faire évoquer un chevauchement asthme-BPCO regroupent des symptômes plutôt en faveur d'un asthme et d'autres symptômes plutôt en faveur d'une BPCO [4] :

- symptômes respiratoires chroniques (dyspnée, toux, gêne thoracique…) ;
- début possible avant 40 ans ;
- symptômes intermittents ou épisodiques ;
- possibles antécédents de tabagisme ou d'exposition à des toxiques ;
- l'une des caractéristiques suivantes de l'asthme : facteurs déclenchants, amélioration spontanée des symptômes ou avec bronchodilatateur ou CSI, diagnostic d'asthme ou antécédent d'asthme dans l'enfance ;
- à la spirométrie : limitation persistante du débit expiratoire, possible réversibilité post-bronchodilatation.

Le traitement non pharmacologique du chevauchement asthme-BPCO est celui de l'asthme et la BPCO : recherche des comorbidités, prise en charge environnementale (éviction des irritants), vaccinations, etc., et prise en charge sociale et psychologique. Le traitement pharmacologique privilégie plutôt celui de l'asthme : CSI ± ajout d'une BDLA (LABA et/ou LAMA) [4].

Interprofessionnalité en santé respiratoire

L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité (cf. chapitre 54) dans le champ de la santé respiratoire impliquent une diversité d'acteurs de soins primaires et de recours spécialisé. Tous les professionnels ont des rôles aux différentes étapes du parcours de santé :

- pour la détection précoce de la BPCO ou de l'asthme : évoquer le diagnostic en cas de symptômes respiratoires et de facteurs de risque personnels ou environnementaux ;
- pour le suivi de la maladie : éducation du patient, soutien, accompagnement dans l'observance et l'usage des traitements inhalés.

Ainsi, au vu des prises en charge globales des patients décrites plus haut pour la BPCO et l'asthme, les patients sont orientés à différentes étapes de leur parcours de soins vers des infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, enseignants d'activité physique adaptée, pneumologues, médecins rééducateurs (centres de réadaptation respiratoire pour la BPCO), psychologues, etc.

Les pharmaciens ont, au côté des médecins généralistes, un rôle particulier pour accompagner les patients dans l'utilisation des dispositifs d'inhalation, en supervisant la technique du patient ainsi que l'observance (rythme des délivrances).

Un patient présentant un asthme sévère ou difficile à contrôler est adressé si besoin à un centre spécialisé (consultations de pneumologie, école de l'asthme) pour compléter les explorations, introduire des thérapies spécifiques et débuter des prises en charges spécialisées.

Les infirmiers du dispositif ASALEE peuvent être sollicités par le médecin généraliste à différentes étapes de la prise en charge de l'asthme : pour le diagnostic (spirométrie, dont l'interprétation reste de la responsabilité du médecin), pour l'éducation thérapeutique du patient (gestion de la maladie et des facteurs psychosociaux associés, usage du dispositif d'inhalation…) ou encore pour son sevrage tabagique. Ces rôles pourront également être assurés par les infirmiers en pratique avancée spécialisés dans la prise en charge des maladies chroniques stabilisées.

L'éviction des facteurs environnementaux, notamment au domicile du patient, peut parfois justifier de recourir à l'intervention, sur prescription médicale du médecin généraliste ou du pneumologue, d'un conseiller médical en environnement intérieur (CMEI). L'identification de composés organiques volatils, de polluants et de pneumallergènes permet de mettre en place des mesures adaptées au domicile et de mieux contrôler l'asthme.

Une prise en charge psychologique est parfois nécessaire chez les patients atteints de BPCO ou d'asthme, en particulier si des émotions ou des troubles anxieux sont des cofacteurs voire responsables d'exacerbations, ou en cas d'accompagnement au sevrage tabagique.

Conclusion

Les points clés permettant une prise en charge globale centrée sur les patients ayant un problème de santé respiratoire chronique (asthme, BPCO) sont résumés dans l'encadré. L'accompagnement de ces patients demande, au-delà de la prise en charge psychologique de toute maladie chronique, d'évaluer leurs besoins médicaux, psychosociaux et professionnels pour leur proposer, après avoir exploré leur vécu et leurs priorités, une prise en charge décidée conjointement.

À retenir lors du parcours des patients

1. Un diagnostic associant des arguments cliniques et spirométriques.
2. Des mesures d'évictions des facteurs de risque : environnement, tabac…
3. Un traitement de fond inhalé de première intention :
   - de l'asthme : corticostéroïdes inhalés ;
   - de la BPCO : bronchodilatateurs de longue durée d'action.
4. Un suivi fait de réévaluations régulières des symptômes respiratoires, afin d'adapter la gradation des mesures thérapeutiques.
5. L'observance et la technique d'inhalation à aborder lors de chaque consultation de suivi.

Sitographie

Module de formation à la spirométrie de la société de pneumologie de langue française (SPLF) à destination des médecins généralistes (module Spiroform) : splf.fr/spiroform/.

Arbre décisionnel au décours d'une spirométrie : www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/20170312__Memo_detection_precoce_BPCO.pdf.

Aide à l'utilisation des dispositifs d'inhalation (vidéo à partager avec son patient) : guide Zéphir© de la SPLF : splf.fr/videos-zephir/.

Liste des conseillers médicaux en environnement intérieur CMEI : https://cmei-france.fr/ et https://cmei-france.fr/rechercher-cmei/.

Liste des centres de réadaptation (réhabilitation) respiratoire : splf.fr/la-carte-de-la-rehabilitation-respiratoire/.

Références

[1] Haute Autorité de santé. Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive. [En ligne] Saint-Denis: HAS, 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr.

[2] Global initiative for chronic Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [En ligne], 2020. Disponible sur : goldcopd.org.

[3] National Institute for Health and Care Excellence. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. [En ligne]. London (UK): NICE ; 2020. Disponible sur : www.nice.org.uk/.

[4] Global INitiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. [En ligne]. Fontana (WI, USA): GINA ; 2021. Disponible sur : https://ginasthma.org/.

[5] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014;25(114):148–57.

[6] Carron M, Van D, Fuzibet J, Hofliger P, Letrilliart L, Darmon D. ECOGEN RESPI : étude des résultats de consultation associés à un motif respiratoire en médecine générale. exercer 2015;26(118):61–7.

[7] Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results Tool. [En ligne] Seattle : Global Health Data Exchange. Disponible sur : ghdx.healthdata.org/.

[8] Quach A, Giovannelli J, Chérot-Kornobis N, et al. Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The ELISABET study 2011-2013. Respir Med 2015;109(12):1553–61.

[9] Accordini S, Corsico AG, Braggion M, et al. The cost of persistent asthma in Europe: an international population-based study in adults. Int Arch Allergy Immunol 2013;160(1):93–101.

[10] European Respiratory Society, European Lung Foundation. The economic burden of lung disease. In: European Lung White Book. [En ligne]. Sheffield, UK ; 2014. p. 16–27. Disponible sur : www.erswhitebook.org/.

[11] Bouchez T, Chapron A, Guihard H, Thebault JL, Schuers M, Darmon D. La spirométrie en cabinet de médecine générale. exercer 2015;26(120):176–81.

[12] Raherison C, Bourdin A, Bonniaud P, et al. Updated guidelines (2015) for management and monitoring of adult and adolescent asthmatic patients (from 12 years and older) of the Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). Rev Mal Respir 2016;33(4):279–325.

Chapitre 17

Le patient atteint de maladie inflammatoire chronique

MICI, lupus, vascularite, polyarthrite…

Patrick Imbert

PLAN DU CHAPITRE

Généralités 141
Effectif, prévalence 142
Étiologie et perspectives 142
Principales maladies inflammatoires rencontrées en médecine générale 142
Principes du traitement des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques rencontrées en médecine générale 146
Conclusion. 149

Généralités

Le médecin généraliste est confronté à la prise en charge et au suivi des maladies inflammatoires, qui semblent rares mais dont la prévalence est non négligeable. Ces maladies ont toutefois une place à part car elles nécessitent souvent un suivi pluridisciplinaire et pluriprofessionnel conjoint, leur prise en charge est chronophage, elles sont source de handicap pour le patient et mobilisent d'importantes ressources du système de santé, engendrant des soins longs et coûteux.

Ces affections souvent invalidantes entraînent des coûts de traitement et de soins élevés et sont sources d'arrêt de travail ou d'inaptitude. Leurs conséquences individuelles, économiques et sociétales sont considérables.

Avant d'assurer la prise en charge et le suivi de ces pathologies, le médecin généraliste joue un rôle central dans leur détection et leur gestion précoce. La nécessité de prendre des décisions de diagnostic et de traitement appropriées, celle d'éviter les explorations et les examens inutiles, d'assurer un contrôle efficace à long terme des symptômes et de réduire au minimum le risque de complications constituent les principaux défis auxquels sont confrontés les médecins généralistes.

Des études montrent que la connaissance du patient peut permettre d'anticiper le diagnostic ; par exemple, les patients à risque de développer un rhumatisme inflammatoire consultent plus souvent dans les années qui précèdent le diagnostic pour des motifs musculo-squelettiques, mais aussi infectieux ou de comorbidités [1].

Les maladies inflammatoires chroniques de par leurs atteintes diffuses, plus ou moins sévères et invalidantes, nécessitent une approche multidimensionnelle de la gestion des patients.

Elles regroupent des affections qui ont en commun l'activation anormale et persistante du système immunitaire, responsable d'altérations de la fonction de plusieurs organes, tissus, et/ou systèmes [2].

Il existe plusieurs groupes :

- les maladies auto-immunes, comme le diabète de type 1, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, le syndrome de Sjögren, la sclérodermie, la sclérose en plaques et les polymyosites ;
- les vascularites, telles que la granulomatose avec polyangéite (anciennement maladie de Wegener), la granulomatose éosinophilique avec polyangéite (anciennement syndrome de Churg-Strauss), l'artérite gigantocellulaire (encore appelée maladie de Horton) et la maladie de Behçet ;
- les granulomatoses non infectieuses, comme la sarcoïdose ;
- les maladies auto-inflammatoires, tels que la fièvre méditerranéenne familiale et le TRAPS (*Tumor necrosis factor Receptor-Associated Periodic Syndrome*, ou syndrome de fièvre récurrente lié au récepteur du facteur de nécrose tumorale) ;
- diverses autres pathologies, incluant la maladie à IgG4 et la polychondrite atrophiante.

En médecine générale, les maladies inflammatoires chroniques le plus fréquemment rencontrées sont celles qui

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

touchent essentiellement les articulations, comme la polyarthrite rhumatoïde (PR), la spondylarthrite ankylosante (SPA) ou la pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR), le tube digestif comme la maladie de Crohn ou la rectocolite ulcéro-hémorragique, le système nerveux comme la sclérose en plaques (SEP), les vaisseaux comme l'artérite à cellules géantes (maladie de Horton) ou systémiques comme le lupus érythémateux disséminé (LED) (ou lupus érythémateux systémique).

L'étiologie des maladies inflammatoires chroniques d'origine auto-immune reste mal connue. Les antigènes responsables de ces maladies sont mal définis, comme l'est la hiérarchie de leur implication.

Les personnes atteintes de maladies chroniques, y compris les maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), ne reçoivent souvent pas de soins préventifs au même rythme que la population générale. Les attitudes des acteurs de soins primaires pourraient être des facteurs clés dans la réception des soins préventifs.

Les enfants ne sont pas épargnés. Les maladies inflammatoires chroniques peuvent frapper des enfants de tout âge et de toute origine ethnique ou géographique. Les enfants atteints d'affections inflammatoires chroniques comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse peuvent présenter des complications telles qu'un retard de croissance, de l'absentéisme ou même une dépression.

Effectif, prévalence

Les données de prévalence sont peu nombreuses et hétérogènes. Dans la mesure où les maladies inflammatoires chroniques génèrent des soins long et coûteux, elles sont prises en charge par l'Assurance Maladie au titre de l'ALD. Certaines de ces maladies sont inscrites sur la liste des ALD 30 exonérantes : ALD 21 Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique, ALD 22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive, ALD 24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives, ALD 25 Sclérose en plaques, ALD 27 Spondylarthrite ankylosante grave.

Le tableau 17.1 donne l'effectif, la prévalence, l'âge moyen et le sex-ratio des patients pris en charge au titre de ces ALD, en 2019.

À l'échelle d'une patientèle moyenne de médecine générale en France, soit environ 940 patients, cela représente environ trois patients atteints de PR, de MICI ou de PPR, deux de lupus ou de vascularite et un de SEP.

Étiologie et perspectives

Les maladies inflammatoires chroniques ont en commun l'implication de cytokines pro-inflammatoires dans les manifestations systémiques et articulaires [2]. Elles sont déclenchées par la perte de tolérance immunologique de l'organisme face à ses propres constituants.

La connaissance détaillée des mécanismes intermédiaires d'entretien de l'inflammation et de la destruction tissulaire a permis d'identifier des cibles puis des molécules thérapeutiques, notamment des anticorps monoclonaux. L'exemple de la PR est emblématique du développement de ces stratégies : elle est responsable d'une inflammation polyarticulaire avec destruction, entraînant douleur, handicap et mortalité accrue. La PR a été le premier exemple de maladie non cancéreuse dans laquelle un anticorps monoclonal thérapeutique dirigé contre le TNFα (*Tumor Necrosis Factor alpha*) a été utilisé à large échelle ; c'est dans cette indication également que le plus grand nombre de cibles ont été identifiées pour ensuite aboutir à un développement thérapeutique très significatif [3].

Principales maladies inflammatoires rencontrées en médecine générale

Polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une pathologie inflammatoire [4] détruisant les articulations, à l'origine de handicap majeur. C'est une maladie auto-immune qui comporte une prédisposition génétique, d'âge (pic vers 45 ans) et de sexe (2 à 3 fois plus fréquente chez les femmes) ainsi que des facteurs de risque environnementaux (fumée de tabac, pollution atmosphérique, alimentation) [5].

Elle débute par une activation anormale du système immunitaire qui n'a pas de traduction clinique ; la phase initiale est indolore et précède de plusieurs années les symptômes. La phase clinique commence le plus souvent par un enraidissement douloureux de plusieurs articulations, généralement les poignets, les mains, les doigts. Les articulations se mettent à gonfler. Les symptômes sont présents plus volontiers en fin de nuit et le matin, caractéristique de l'aspect inflammatoire. L'enraidissement cède après plusieurs dizaines de minutes, période appelée le dérouillage matinal. Souvent, une fatigue, une lassitude ou une perte d'appétit accompagne les douleurs.

Tableau 17.1 **Effectifs, prévalences et caractéristiques des personnes prises en charge pour ALD 30 par type d'affection et modalité d'ALD, pour le régime général en 2019 (effectifs arrondis à la dizaine).**

Code ALD	Libellé de l'ALD	Effectif	Prévalence pour 100 000	% femmes	Âge moyen (ans)	Taux de décès 2019 (%)
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive	235 190	373	75	65	2,2
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	182 150	289	55	49	0,8
27	Spondylarthrite ankylosante grave	174 380	277	54	54	0,7
21	Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique	129 850	206	79	62	2,3
25	Sclérose en plaques	96 440	153	74	52	1,3

La PR est une maladie systémique qui peut toucher tous les organes. L'atteinte extra-articulaire, allant des nodules rhumatoïdes (formations indolores de consistance ferme, en général localisées sous la peau) jusqu'à la vascularite rhumatoïde, grevée d'une morbidité et d'une mortalité importantes (49 % à 5 ans), est très variable [6]. D'autres maladies auto-immunes lui sont fréquemment associées : syndrome de Gougerot-Sjögren, thyroïdite de Hashimoto, diabète (risque accru de 23 %). Les pathologies vasculaires (angine de poitrine, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux) sont plus fréquentes chez les patients atteints de PR qu'en population générale. Les manifestations extra-articulaires augmentent la mortalité par rapport aux PR avec atteinte articulaire seulement.

Le diagnostic précoce permet d'initier rapidement une prise en soins, qui a pour objectif de limiter la destruction des articulations.

Il repose sur les données de l'entretien et de l'examen clinique. Parfois, l'imagerie est contributive avec pincements articulaires et déminéralisation. La biologie repose sur les marqueurs de l'inflammation, le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anticorps anti-CCP, ou ACPA). Leur spécificité et leur sensibilité restent toutefois médiocres.

Le traitement comprend la prise en charge de la douleur. La prescription d'antalgiques débutera par le paracétamol, pour aller vers des antalgiques plus puissants. Les effets secondaires sont à évaluer, d'autant que le cadre est celui d'une maladie chronique avec des comorbidités.

Les corticoïdes sont souvent utilisés en raison de leur bonne efficacité à faible dose (cf. infra).

Les immunosuppresseurs sont le traitement de première intention, en particulier le méthotrexate en prise hebdomadaire et en l'absence de contre-indications. Si l'efficacité souhaitée n'est pas obtenue et que la destruction des articulations progresse, des traitements ciblés sont utilisés. Ils entraînent une réponse favorable dans 75 % des cas, avec une rémission prolongée dans 25 % des cas. Il s'agit des anti-TNFα, anti-IL-6, anti-CD20 et CTLA4-Ig. Ce sont des immunosuppresseurs nécessitant des précautions de prescription vis-à-vis des infections et d'un éventuel cancer. Toutefois, ils sont le plus souvent bien tolérés.

Spondyloarthrites

Les spondyloarthrites (nouvelle terminologie issue de l'anglais *spondylarthritis*) sont caractérisées par des douleurs liées à un rhumatisme chronique inflammatoire qui touche essentiellement le rachis lombaire et le bassin. Les spondyloarthrites regroupent la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique et d'autres arthrites réactionnelles. Près de la moitié des patients atteints ont en commun la présence de l'antigène HLA-B27 avec des manifestations articulaires et extra-articulaires. Il est possible que des facteurs environnementaux comme le tabac et la modification du microbiote aient une responsabilité dans la genèse de ces pathologies.

Leurs conséquences sur la vie quotidienne des patients sont importantes mais le diagnostic est posé difficilement devant des symptômes variés.

Le groupe des spondyloarthrites partage plusieurs manifestations cliniques communes : rachialgies inflammatoires, arthrite périphérique (souvent une oligoarthrite des membres inférieurs), enthésite et dactylite, ainsi que des manifestations extra-articulaires comme une uvéite, un psoriasis cutané et une inflammation de l'intestin.

Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic est compris entre 5 et 9 ans [7]. Leur prévalence est de 277 pour 100 000.

La douleur débute le plus souvent au niveau des sacro-iliaques, du rachis lombaire ou du bassin. Elle est nocturne, réveillant le patient. Au réveil, il existe une raideur douloureuse matinale qui s'améliore avec l'activité et s'exacerbe avec le repos. D'autres douleurs touchent les points d'insertion tendineux ou les grosses articulations : genoux, chevilles, épaules. Des manifestations extra-rhumatologiques sont fréquentes : poussée d'uvéite antérieure avec photophobie et trouble visuel, psoriasis ou maladie chronique inflammatoire de l'intestin. Les complications vasculaires sont rares.

Le diagnostic est souvent réalisé par défaut en raison de l'absence de spécificité des données de l'entretien et de l'examen. L'imagerie aide au diagnostic, en particulier les radiographies du bassin laissant voir les sacro-iliaques. La biologie n'est pas spécifique ; la recherche de l'HLA-B27 permet d'orienter vers la présomption de spondyloarthrite.

Le traitement associe prise en charge de la douleur par les antalgiques et les AINS [8]. Ces derniers sont le traitement de première ligne des spondyloarthrites ayant démontré leur efficacité dans leur utilisation à court et long termes, en utilisation à la demande ou continue. L'échec des AINS indique un traitement par anti-TNFα. La physiothérapie à sec ou en piscine reste un élément essentiel dans la prise en charge des patients, complémentaire au traitement médicamenteux. La balance bénéfices-risques reste une préoccupation du médecin généraliste.

Pseudopolyarthrite rhizomélique

La pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent du sujet âgé. C'est un syndrome clinique défini par la présence d'une atteinte inflammatoire douloureuse des ceintures scapulaire et pelvienne chez un sujet de plus de 50 ans, persistant depuis au moins un mois et s'accompagnant d'une raideur matinale handicapante, d'une altération de l'état général et d'un syndrome inflammatoire biologique. La douleur et la raideur généralement associées à la PPR sont dues à l'inflammation articulaire et des bourses séreuses.

Elle demeure exceptionnelle avant l'âge de 50 ans.

Le diagnostic repose sur les données de l'entretien et de l'examen clinique, ainsi que sur l'existence d'un syndrome inflammatoire biologique. L'échographie ostéoarticulaire des épaules et des hanches permet de retrouver des bursites sous-acromiales, trochantériennes, les synovites coxo-fémorales et les ténosynovites glénohumérales. Ces anomalies sont plus spécifiques lorsqu'elles sont bilatérales.

La biopsie de l'artère temporale n'a pas d'intérêt dans le diagnostic de la PPR.

C'est une maladie généralement corticosensible, qui répond à une corticothérapie de faible dose poursuivie 12 à 24 mois avec une ou deux poussées possibles.

Environ 15 % des personnes atteintes de PPR développent une affection inflammatoire plus grave appelée artérite à cellules géantes (ACG), ou maladie de Horton [9].

Artérite à cellules géantes (maladie de Horton)

L'artérite à cellules géantes (ACG, ou maladie de Horton) fait partie du groupe des vascularites systémiques. Elle affecte les vaisseaux sanguins de gros et moyen calibre, en particulier les vaisseaux de la tête, dont les artères temporales. On ne connaît pas la cause exacte de cette maladie. Elle survient à partir de l'âge de 50 ans, mais surtout après 70 ans, survenant 3 fois sur 4 chez une femme [10]. Il s'agit d'une pathologie fréquente touchant presque exclusivement les Caucasiens, sa prévalence est d'environ 1 sur 1 000 pour les 60 à 69 ans et va jusqu'à 1 sur 120 chez les plus de 80 ans.

Les complications ophtalmiques ischémiques peuvent entraîner une cécité définitive et une perte d'autonomie, d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce.

Le vieillissement de la population augmente l'incidence de l'ACG [11].

Le diagnostic est suspecté cliniquement en présence de certaines manifestations fréquentes ou très spécifiques de la maladie : céphalées inhabituelles, claudication de la mâchoire, anomalies cliniques de l'artère temporale et symptômes visuels d'installation récente. Une altération de l'état général ou une fièvre prolongée en sont des signes moins spécifiques. Le syndrome inflammatoire biologique est pratiquement constant. La biopsie de l'artère temporale est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Le facteur déclenchant reste à ce jour inconnu mais les mécanismes conduisant à l'inflammation granulomateuse de la paroi vasculaire et à son remodelage, source des complications ischémiques de l'ACG, sont de mieux en mieux connus et ont permis l'émergence de nouvelles cibles thérapeutiques, en particulier le blocage de l'activation du lymphocyte T, l'inhibition de la signalisation de l'IL-6, de l'IL-12/23 ou de l'IL-1β.

La corticothérapie (prednisone) est la principale ressource du traitement [12], débutée entre 0,7 et 1 mg/kg par jour en fonction de l'existence de complication(s) ischémique(s). Ce traitement est très efficace mais son sevrage est difficile car associé à la survenue de rechutes qui contribuent à le poursuivre et à augmenter le risque de complications iatrogènes. Les signes inflammatoires biologiques permettent la surveillance de l'activité de la maladie sous traitement.

Concernant la décroissance de la prednisone, les objectifs de dose idéaux à atteindre sont 15 à 20 mg par jour au 3e mois, 10 mg par jour au 6e mois, 7,5 mg par jour au 9e mois et 5 mg par jour à 1 an. L'arrêt de la corticothérapie générale est envisagé au terme de 18 à 24 mois de traitement. En cas d'intolérance absolue à la corticothérapie ou de difficultés de sevrage de la corticothérapie, la mise sous thérapie ciblée, en particulier par le tocilizumab (AMM), ou sous immunosuppresseur, notamment par le méthotrexate (hors AMM), doit être discutée avec un médecin spécialiste référent.

Environ la moitié des personnes atteintes du syndrome de la maladie de Horton sont aussi atteintes de PPR.

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), maladie de Crohn et rectocolite hémorragique (RCH), se caractérisent par l'inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif, due à une dérégulation du système immunitaire [13].

Cette inflammation incontrôlée est responsable de lésions tissulaires et de la chronicité de la maladie. Son origine semble résulter de la combinaison complexe de facteurs environnementaux, associés à une susceptibilité génétique du patient et à la réactivité particulière de son système immunitaire.

Plusieurs facteurs de risque sont identifiés ou suspectés : susceptibilité génétique (10 à 15 % ont un cas familial dans les antécédents), déséquilibre du microbiote intestinal (en faveur d'une famille d'*E. coli* plus invasive), tabac, pollution, alimentation.

Touchant le jeune adulte entre 20 et 30 ans, parfois les enfants (15 % des diagnostics), l'incidence les MICI évoluent par poussées de fréquence et de durée variables entrecoupées de phase de rémission. La maladie de Crohn peut toucher l'ensemble du tube digestif, de la bouche à l'anus (avec une préférence pour l'iléon terminal, touchant ou non le côlon). La rectocolite hémorragique (RCH) affecte la partie basse du rectum et s'étend de manière proximale et continue pour affecter une étendue variable du côlon ; l'intestin n'est jamais touché [14].

L'incidence de la maladie de Crohn augmente progressivement en France (actuellement aux alentours de 7,6 pour 100 000), tandis que celle de la RCH est stable (4,4 pour 100 000), les sujets touchés étant de plus en plus jeunes. L'incidence augmente dans le monde avec le niveau de développement socio-économique des pays.

Les complications sont liées à la récurrence des poussées qui peuvent entraîner une sténose ou une perforation de l'intestin. C'est surtout le risque accru de cancer colorectal qui est à prendre en compte : multiplié par 2 à 2,5 après 10 ans d'évolution de la maladie et jusqu'à 5 après 30 ans d'évolution par rapport à la population générale de même âge [15].

Les poussées inflammatoires se caractérisent par des douleurs abdominales, des diarrhées fréquentes, parfois sanglantes. Une atteinte de la région anale (fissure, abcès) est possible, ainsi que des signes généraux (asthénie, fièvre…), voire un état de dénutrition (amaigrissement, œdèmes…).

L'entretien, l'examen clinique mais aussi un syndrome inflammatoire biologique et la recherche de la présence de calprotectine dans les selles [16] font suspecter le diagnostic, mais l'endoscopie digestive est l'examen de référence.

Dans 20 % des cas, les patients présentent des manifestations extradigestives de leur maladie : arthrites, psoriasis ou encore uvéites. Ces manifestations sont plus fréquentes en cas d'atteinte du côlon.

Le traitement est constitué par les 5-aminosalicylés (5-ASA) dans la RCH, mais ils ne sont pas efficaces dans la maladie de Crohn, pour laquelle les corticoïdes sont privilégiés. En cas d'échec, les immunosuppresseurs sont utilisés, notamment les anti-TNFα ou l'ustékinumab (anticytokines IL-12/23). La moitié des patients répond bien

aux biothérapies à leur démarrage. Parmi ceux-ci, le traitement finit par ne plus être efficace chez la moitié d'entre eux, le plus souvent après 2 ans d'utilisation : il faut alors changer de molécule. La chirurgie reste une option : après 10 ans d'évolution de la maladie, plus d'un patient sur deux a subi une intervention afin de retirer le segment de son tube digestif le plus atteint.

Lupus érythémateux disséminé

Le lupus érythémateux disséminé (LED) (ou lupus systémique, LES) est une maladie systémique polymorphe, grave en l'absence de traitement, qui touche avec prédilection la femme en période d'activité ovulatoire (sex-ratio 9 femmes pour 1 homme) avec un pic de fréquence entre 30 et 39 ans [17]. En France métropolitaine, on estime la prévalence du LED à 41 pour 100 000. Aux Antilles, la maladie est plus fréquente et concerne 94 personnes sur 100 000 en Guadeloupe, 127 personnes sur 100 000 en Martinique.

Le médecin généraliste, comme d'autres spécialistes, peut être confronté à la phase précoce de la maladie en raison du polymorphisme du LED. La prise en charge du patient et la démarche diagnostique sont possiblement assurées par le médecin généraliste. Compte tenu de la prévalence de la maladie et de l'impact pronostique de la précocité de la prise en charge, il est préférable de faire confirmer le diagnostic par un médecin ayant l'expérience du LED.

Le LED est suspecté sur des signes protéiformes. Les signes cutanés sont présents chez 80 % des patients atteints de lupus. Ils sont fréquemment déclenchés ou aggravés par l'exposition au soleil. Le symptôme le plus évocateur du lupus érythémateux disséminé est une éruption cutanée au niveau du visage, apparaissant lors d'une poussée de la maladie. Ces plaques rouges prédominent sur les zones de peau exposées à la lumière. Elles prennent l'aspect d'un masque (« loup ») en forme d'ailes de papillon, autour des yeux, sur le nez et les pommettes. Elles peuvent s'accompagner d'un œdème plus ou moins marqué, notamment sur les paupières, gênant l'ouverture des yeux. L'éruption disparaît à la fin de la poussée. D'autres signes cutanés d'évolution lente ou chronique sur l'ensemble du corps : éruptions en forme d'anneaux, placards violacés, nodules, plaques avec une desquamation (ressemblant aux plaques de psoriasis), peuvent également exister. Une atteinte des muqueuses (aphtes) et du cuir chevelu (alopécie) peut être constatée.

Les douleurs articulaires au cours du lupus sont très fréquentes (80 % des cas) et souvent présentes dès le début du lupus érythémateux disséminé, à prédominance nocturne. Elles concernent différentes articulations, en particulier les petites articulations des doigts et des poignets, mais aussi les genoux, les pieds et les chevilles. Le rachis n'est généralement pas touché. Les articulations sont inflammatoires mais elles ne sont pas déformées.

Des manifestations vasculaires sont constatées comme le phénomène de Raynaud, une thrombose veineuse ou artérielle — AVC, infarctus du myocarde ou embolie pulmonaire peuvent inaugurer la maladie. Les thromboses sont en rapport avec la présence d'un syndrome des anticorps antiphospholipides souvent associé au lupus. Les manifestations rénales sont moins fréquentes et apparaissent à n'importe quel stade de la maladie. Elles évoluent parfois vers une maladie rénale chronique.

Toux, douleurs thoraciques ou dyspnée, un essoufflement survenant au cours d'un lupus peuvent révéler une péricardite ou une pleurésie.

Les troubles neurologiques ou psychiques sont plus rares au cours du lupus (céphalées, épilepsie, hallucinations, confusion, troubles de l'humeur, troubles dépressifs, somnolence…) et se déclarent dans environ 10 % des cas.

Le LED est caractérisé sur le plan biologique par la production d'anticorps antinucléaires dirigés en particulier contre l'ADN natif. Leur absence n'exclut pas le diagnostic. Le LED s'associe parfois au syndrome des anticorps anti-phospholipides (SAPL) défini par l'association de thromboses ou d'événements obstétricaux et d'anticorps anti-phospholipides.

Le LED évolue par poussées alternant avec des phases de rémission asymptomatiques. Les poussées sont favorisées par l'exposition au soleil, une infection, une perturbation affective, des modifications hormonales (grossesse, contraception estroprogestative).

Le traitement de fond repose sur l'hydroxychloroquine (HCQ), plus rarement la chloroquine (CQ). Le traitement des poussées doit être adapté à leur gravité. Le plus souvent, le traitement des formes mineures repose sur l'HCQ voire la CQ, les AINS (excepté l'ibuprofène contre-indiqué par le risque de méningite aseptique), l'acide acétylsalicylique, la corticothérapie à faible dose. Le traitement des formes sévères repose sur la corticothérapie seule ou associée aux immunosuppresseurs (en plus de l'HCQ).

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie auto-immune qui affecte le système nerveux central, entraînant des lésions qui provoquent des perturbations motrices, sensitives, cognitives, visuelles ou sphinctériennes [18].

Les mécanismes auto-immuns mis en jeu attaquent la gaine de myéline qui entoure les axones dans le système nerveux central. Ce phénomène entraîne des lésions dispersées dans le système nerveux central, appelées plaques. Ces lésions sont le siège d'une inflammation, d'une démyélinisation et, souvent, d'une dégénérescence axonale. À plus ou moins long terme, ces troubles peuvent progresser vers une situation de handicap irréversible.

La sclérose en plaques représente la première cause de handicap sévère non traumatique chez les jeunes adultes. L'âge moyen de début des symptômes est de 30 ans. Le sex-ratio est de 1 homme pour 3 femmes environ. La prévalence est de 153 pour 100 000.

Il existe une prédisposition génétique à la SEP résultant de l'association de plusieurs variants génétiques, chacun d'entre eux ayant un faible effet sur le risque de développer la maladie ; mais la SEP n'est pas héréditaire. Des facteurs environnementaux influencent le développement de la sclérose en plaques. Les facteurs climatiques, en particulier le niveau d'ensoleillement, sont les plus connus. La maladie est plus fréquente lorsqu'on s'éloigne de l'équateur. On trouve ainsi des zones de haute prévalence de la maladie (supérieure à 100 pour 100 000 habitants) en Amérique du Nord

et en Europe du Nord, et des zones de basse prévalence (inférieure à 20) dans les régions équatoriales d'Amérique du Sud, d'Afrique ou d'Asie.

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments, en particulier la mise en évidence de signes cliniques et/ou l'observation de lésions par IRM disséminées dans le temps et dans l'espace. Les symptômes varient beaucoup d'un patient à l'autre et se modifient au cours de la vie chez un même patient. Il peut s'agir de : troubles moteurs liés à une faiblesse musculaire qui peuvent toucher les membres supérieurs et/ou inférieurs, réduisant alors les possibilités de marche, de troubles de la sensibilité, de symptômes visuels (diplopie, baisse d'acuité visuelle, …), de troubles de l'équilibre ou de vertiges, de troubles urinaires et sexuels, ou de troubles cognitifs, avec difficultés d'attention, de concentration, de mémoire…

Il existe deux modes évolutifs de la maladie : « rémittent » et « progressif d'emblée ».

La forme rémittente est la plus fréquente. Elle représente 85 % des cas au début de la maladie. Son évolution se fait sous forme de poussées, les symptômes apparaissant en quelques heures ou en quelques jours, souvent associés à une asthénie inhabituelle évocatrice. Les symptômes disparaissent totalement ou partiellement en quelques semaines. Les périodes de rémissions sont plus ou moins longues. Les premières années, la récupération après chaque poussée est le plus souvent complète et il peut s'écouler quelques mois à plusieurs années entre deux poussées. Entre 5 à 20 ans après le début des symptômes, certains patients connaissent une aggravation du handicap de façon plus continue et sans poussée : c'est la forme secondairement progressive. Des études épidémiologiques récentes suggèrent que les traitements immunomodulateurs/suppresseurs de la maladie retardent la survenue de cette seconde phase progressive.

La forme progressive d'emblée ne représente que 15 % des cas. Elle survient le plus souvent après l'âge de 40 ans et touche autant les femmes que les hommes. Elle correspond à une aggravation lente et continue des symptômes neurologiques, sans poussées et sans rémission. Son début, difficile à préciser, est souvent daté rétrospectivement, en reprenant l'histoire de la maladie de façon très détaillée. Par ailleurs, une hypothèse infectieuse (EBV, HPV…) est proposée mais aucune imputabilité n'a pu être retenue.

Il n'existe aucun traitement curatif à la SEP à ce jour. Toutefois, les poussées peuvent être prévenues dans les formes rémittentes.

Les corticoïdes à forte dose sont proposés en cas de poussée, pour réduire la durée des symptômes.

Les traitements de première ligne peuvent être injectables (comme l'interféron β et l'acétate de glatiramère) ou administrés par voie orale (comme le diméthyl fumarate et le teriflunomide). Ils ont une action essentiellement immunomodulatrice, peu ou pas immunosuppressive. Ils diminuent de 30 à 50 % la fréquence des poussées et réduisent l'apparition de nouvelles lésions visibles à l'IRM.

Les immunosuppresseurs sont des traitements de seconde ligne. Ils entraînent une déplétion en lymphocytes B et/ou T. Leur efficacité sur la réduction de la fréquence des poussées est supérieure à 50 %, avec un effet majeur sur la réduction de survenue des nouvelles lésions en IRM. La distinction entre première et deuxième lignes est en train de disparaître car cette dernière est souvent proposée rapidement, pour ralentir l'évolution de la maladie. Si les traitements actuels permettent de réduire les poussées et améliorent la qualité de vie des patients, ils ont le plus souvent une efficacité insuffisante pour empêcher la progression du handicap à moyen terme.

Principes du traitement des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques rencontrées en médecine générale

Prise en soins du patient atteint de maladie inflammatoire chronique

Les principes du respect des droits du patient et du maintien de leur autonomie sont des éléments essentiels de la prise en soins. Les patients atteints de maladie inflammatoire chronique doivent bénéficier d'un accès à des soins de qualité au même titre que tout autre patient. La prise en charge complexe est à organiser par le médecin généraliste qui réalise un diagnostic de situation tant biomédical que psychosocial et environnemental, coordonnant le suivi des patients, même si le recours à des soins de deuxième ligne reste souvent nécessaire. Les autres pathologies restent au premier plan, souvent intriquées avec les maladies inflammatoires ou présentes comme facteur de risque [19, 20]. L'approche est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Le handicap du patient est plus ou moins important, il est pris en compte par le médecin généraliste qui met en place les dispositifs existants : MDPH, ALD…

L'éducation thérapeutique a sa place dans ces pathologies, le patient étant un acteur primordial, parfois en lien avec les associations de malades.

La prise en charge de la douleur est détaillée dans le chapitre 25.

Le patient avec un traitement par corticoïdes

Le patient atteint de maladies inflammatoires chroniques relève souvent de la prescription de corticoïdes, en administration prolongée la plupart du temps. Les indications correspondent aux situations où les signes inflammatoires prédominent ou lors des poussées, mais aussi en association à d'autres immunosuppresseurs au cours des maladies systémiques. Les indications en cure prolongée sont souvent validées par les recommandations.

Les corticoïdes sont des anti-inflammatoires puissants, dérivés de synthèse de la cortisone sécrétée par la glande corticosurrénale. Leur efficacité va de pair avec les effets indésirables dont une partie peut être limitée par une prise en charge optimisée. Ils sont prescrits par voie générale voire par voie locale, sous forme de lavement dans les maladies chroniques inflammatoires de l'intestin.

Effets indésirables

Ils sont la résultante des effets collatéraux des corticoïdes, mais peuvent en partie être prévenus par des mesures associées.

Complications hydroélectrolytiques (rétention hydrosodée)

Il n'a pas été démontré que les corticostéroïdes de synthèse soient pourvoyeurs d'hypokaliémie nécessitant une supplémentation systématique en potassium.

Complications métaboliques

L'augmentation du métabolisme des glucides, notamment chez les personnes prédisposées (surpoids, antécédent familial de diabète, âge, diabète) est un risque inhérent au traitement.

L'augmentation du catabolisme protidique, lui, contribue à l'amyotrophie cutanée, aux vergetures, à la fonte musculaire.

Parmi les autres complications métaboliques, sont retrouvées : une redistribution des graisses (faciès dit « cushingoïde », lipodystrophie au niveau de la nuque), une déminéralisation osseuse pouvant aller de 4 à 10 % par an avec risque d'ostéoporose, une amyotrophie proximale source de diminution de la marche, d'augmentation du risque de chute et du risque fracturaire, des retards de croissance chez l'enfant avec cassure de la courbe de croissance.

Complications digestives

Les corticoïdes provoquent moins d'ulcères gastroduodénaux que les AINS et leur localisation est essentiellement gastrique. Bien que le risque d'ulcère soit faible chez les patients traités par corticoïdes en ambulatoire, un traitement par inhibiteurs de pompe à protons peut être nécessaire chez les patients avec des antécédents d'ulcères. L'association des corticoïdes avec les AINS n'est pas recommandée.

Complications neuropsychiques

Les corticoïdes ont des effets psychostimulants, à l'origine de troubles du sommeil, d'agitation motrice avec boulimie et d'une hyperactivité. Ils peuvent entraîner des décompensations d'états maniaques voire des psychoses hallucinatoires. Ils peuvent parfois être responsables d'états anxiodépressifs. Ces effets psychiques sont une des rares contre-indications de la corticothérapie chez les patients avec maladie psychotique.

Complications ophtalmiques

La cataracte est souvent aggravée par le traitement. Le glaucome, lui, peut être déséquilibré par la corticothérapie.

Complications dermatologiques

Elles sont souvent invalidantes pour le patient : acné, vergetures abdominales et des cuisses, fragilité vasculaire, atrophie cutanée, hématomes ou ecchymoses, retard de cicatrisation.

Grossesse

Les corticoïdes n'ont pas d'effets tératogènes pour l'embryon et ils sont moins toxiques pour le fœtus que les AINS, notamment à partir du 6e mois. Aucune augmentation du taux de malformation n'a été constatée lors du suivi de femmes enceintes traitées pour maladie auto-immune ou greffe rénale. La prednisone est métabolisée par le placenta, seule la bétaméthasone destinée au fœtus passe de façon intacte.

Stratégie thérapeutique

La corticothérapie en cure prolongée (traitement de plus de 3 mois à la posologie d'au moins 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone) nécessite un bilan préthérapeutique et des mesures associées [21].

Ce bilan est recommandé avant d'instaurer le traitement avec :

- mesure du poids et de la pression artérielle ;
- radiographie thoracique voire recherche de tuberculose par intradermoréaction ;
- électrocardiogramme ;
- prélèvement biologique pour un hémogramme, une natrémie, une kaliémie, une créatininémie, une glycémie à jeun, un bilan lipidique.

Les mesures associées sont recommandées du fait des effets collatéraux des corticoïdes mais peuvent être plus ou moins strictes selon les circonstances :

- la restriction sodée : son objectif est de limiter l'augmentation de la pression artérielle ;
- le régime hypocalorique-hypoglucidique : il a pour objectif de limiter la prise de poids sous corticoïdes et de réduire le risque de diabète cortico-induit. Il est parfois nécessaire de renforcer le traitement antidiabétique chez les patients atteints de diabète de type 2 ;
- le régime hyperprotidique peut être recommandé dans le but de réduire le risque de myopathie cortico-induite, bien que l'efficacité ne soit pas clairement démontrée. Le niveau de preuve de ces régimes étant faible pour un fardeau de traitement important avec une mauvaise observance, un régime normo-calorique, normo-glucidique, normo-protidique, normo-sodé pourrait être suffisant chez la plupart des patients. Il semble nécessaire de compléter ces mesures diététiques par la réalisation d'une activité physique régulière ;
- la supplémentation potassique : il n'a pas été démontré de bénéfice à une supplémentation systématique chez l'ensemble des patients. Ainsi, la supplémentation pourra être instaurée en fonction du bilan de suivi et des co-traitements (comme les diurétiques thiazidiques) ;
- la lutte contre l'ostéoporose : il est recommandé de rechercher les autres facteurs de risque (ménopause précoce, maigreur, antécédents familiaux de fracture du col fémoral, etc.) Recourir à une supplémentation en vitamine D et calcium est nécessaire quand les apports sont insuffisants. L'ostéodensitométrie initiale, puis effectuée régulièrement (tous les 2 ans par exemple), permet de poser l'indication de traitement dès l'existence d'un *T-score* inférieur à – 1,5 sur un site ou quel que soit le *T-score* en cas de fracture ostéoporotique chez une femme ménopausée ayant eu une cure prolongée. Le zolédronate, le risédronate et le tériparatide ont l'AMM ;
- les vaccinations antigrippale annuelle et antipneumococcique sont recommandées, de même que la vaccination contre l'infection à virus SARS-CoV-2.

Éléments de surveillance

La surveillance du traitement porte sur l'efficacité clinique (parfois biologique selon la pathologie), la tolérance clinique (poids, état général, psychisme) et biologique (kaliémie, glycémie).

Modalités d'arrêt

En cas de corticothérapie prolongée, l'arrêt doit être progressif afin d'éviter, en début de traitement, une reprise évolutive de la même maladie à un niveau semblable au niveau initial voire plus élevé. Le risque d'insuffisance surrénalienne est dû à l'atrophie des glandes surrénales qui s'est installée progressivement à la suite de la freination de l'axe hypothalamo-hypophysaires par l'apport exogène de corticoïdes.

Le patient avec un traitement par immunosuppresseurs

Les immunosuppresseurs sont une classe de traitements extrêmement variés par leurs mécanismes d'action [21]. Ils comprennent notamment : les traitements antilymphoprolifératifs (anticancéreux comme le cyclophosphamide), les antimétabolites (méthotrexate, azathioprine, mycophénolate mofétil), les inhibiteurs de la calcineurine (ciclosporine, tacrolimus), les anti-TNFα (infliximab, étanercept et adalimumab) et les glucocorticoïdes. Les immunosuppresseurs sont majoritairement indiqués d'une part dans le traitement des maladies inflammatoires ou auto-immunes et, d'autre part, dans la prévention du rejet de greffe chez les patients ayant reçu une greffe d'organe.

Dans le cadre du traitement des maladies inflammatoires, les traitements sont instaurés pour des durées de plusieurs mois à plusieurs années, en débutant par un traitement d'attaque suivi d'un traitement d'entretien.

La réponse thérapeutique à un traitement immunosuppresseur chez un patient est soumise à une grande variabilité interindividuelle et intra-individuelle. Par ailleurs, des facteurs environnementaux, pathologiques ou des interactions médicamenteuses nombreuses sont susceptibles de modifier la pharmacocinétique et la pharmacodynamie de ces médicaments. Ces variations individuelles motivent une surveillance spécifique des traitements et une adaptation pour chaque patient.

Mise en place du traitement

Les traitements immunosuppresseurs sont généralement initiés par un spécialiste des maladies auto-immunes. Les anti-TNFα et les antilymphoprolifératifs ne peuvent pas être prescrits par un médecin généraliste même en cas de renouvellement. Cependant, certains traitements comme le méthotrexate peuvent être prescrits par les médecins généralistes s'ils se sentent compétents pour initier le traitement et le renouveler.

Lorsqu'un traitement est indiqué, un bilan initial préthérapeutique est nécessaire. Il comporte généralement une numération-formule sanguine, une évaluation de la fonction rénale, un bilan hépatique et des sérologies virales (notamment VIH, hépatites B et C). Une recherche de tuberculose latente par radiographie thoracique et intradermoréaction à la tuberculine est nécessaire dans le cadre des traitements par anti-TNFα.

Que ce soit dans le cadre d'une maladie auto-immune ou dans la prévention du rejet de greffe, le traitement initial est un traitement d'attaque ou d'induction souvent associé à des corticoïdes. Ensuite, le traitement immunosuppresseur est diminué progressivement pour permettre une efficacité à la plus faible dose possible durant les mois voire années de traitement d'entretien.

Mesures associées

Le soin aux patients traités par immunosuppresseurs comprend une prise en charge globale de leur état de santé. Ainsi, ces patients sont encouragés à suivre les règles hygiéno-diététiques classiquement conseillées à la population générale concernant l'alimentation et la pratique de l'activité physique. Ces règles hygiéno-diététiques ont pour objectif de limiter les facteurs de risque cardiovasculaire, favorisés par la maladie et par le traitement immunosuppresseur, conditionnant le pronostic vital. Il n'y a pas de régime restrictif à mettre en place ; les consommations de lipides, de glucides et de sel sont cependant limitées. Une supplémentation calcique peut être proposée dans certains cas. Les patients traités par méthotrexate exigent une supplémentation en acide folique qui ne doit pas être prise le même jour que celui de la prise du méthotrexate.

D'autre part, des mesures de prévention des maladies infectieuses sont à mettre en place grâce à la vaccination des patients.

Suivi du traitement

Surveillance des complications

La mise en place d'un traitement par immunosuppresseurs nécessite un suivi régulier. Ils peuvent être responsables d'effets indésirables graves (troubles hématologiques, hépatiques ou rénaux, des infections, cancers…). La surveillance est clinique tout au long du traitement pour repérer des symptômes pouvant orienter vers un effet secondaire (hématomes, pâleur, ictère, douleur…). Une surveillance biologique est associée, avec des bilans sanguins plurimensuels initialement, puis mensuels tout au long du traitement.

Prévention des interactions médicamenteuses

Le suivi du patient passe également par la prévention des interactions médicamenteuses. La plupart des immunosuppresseurs sont métabolisés au niveau hépatique, souvent par le CYP3A4, ce qui implique des interactions avec certains antibiotiques, les antifongiques et les antiépileptiques. Des interactions sont aussi retrouvées avec les traitements par antivitamine K ainsi qu'avec la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons.

Stratégie thérapeutique

Désir de grossesse

Les pathologies nécessitant un traitement immunosuppresseur impliquent une surveillance accrue en cas de désir de grossesse. Ainsi, pour limiter le risque de complications liées à ces pathologies et aux traitements, il semble préférable de

planifier la grossesse une fois la maladie équilibrée pour les patientes avec une maladie inflammatoire. En effet, lorsque la grossesse est planifiée et prise en charge de façon multidisciplinaire, le pronostic maternel et fœtal est le plus souvent bon. Il est nécessaire d'informer les patientes et les patients concernant les risques éventuels liés à la grossesse dans ces conditions et de discuter des moyens de contraception efficaces chez les femmes et les hommes en âge de procréer.

Risques liés aux immunosuppresseurs

Tous les immunosuppresseurs utilisés passent la barrière placentaire et peuvent, selon les molécules, être responsables de complications fœtales. C'est une des raisons pour laquelle les posologies minimales efficaces doivent être utilisées pendant la phase d'entretien. Ils peuvent également favoriser des complications infectieuses au cours de la grossesse, comme des infections à cytomégalovirus ou des infections urinaires et vaginales, favorisant les infections fœtales et néonatales.

Le méthotrexate contre-indique la grossesse et l'allaitement. En cas de découverte sous traitement, un relais rapide par un autre immunosuppresseur devra être effectué. Concernant les anti-TNFα, les données ne sont pas inquiétantes, mais une modification du traitement est généralement préférée en cas d'alternative thérapeutique possible.

Contraception

La méthode de contraception doit être décidée selon les préférences du couple et en coordination avec le médecin prescrivant l'immunosuppresseur et le responsable du suivi gynécologique. Chez la femme, les contraceptions estroprogestatives, progestatives seules ou les dispositifs intra-utérins sont généralement possibles, mais des interactions liées à certains immunosuppresseurs ou leurs effets secondaires cardiovasculaires peuvent parfois les contre-indiquer. Chez l'homme traité par immunosuppresseurs, l'utilisation de préservatifs est recommandée même chez les patients ayant bénéficié d'une vasectomie compte tenu du risque tératogène lié au passage du médicament dans le liquide séminal.

Prévention des complications infectieuses

Compte tenu de l'immunodépression induite par les traitements immunodépresseurs, il est nécessaire de mettre en place des mesures de prévention face au risque infectieux des patients prenant ces traitements. Selon le niveau d'immunodépression, une antibioprophylaxie au long cours (par cotrimoxazole, par exemple) et des vaccins peuvent être prescrits.

Vaccination

Bien que l'efficacité des vaccins soit réduite sous traitement, leur immunogénicité persiste. Il n'a pas été démontré que la vaccination augmente le risque de survenue d'une poussée de maladie auto-immune ou inflammatoire. Les recommandations, principalement émises par le Haut Conseil de santé publique, reposent essentiellement sur des accords d'experts.

Les patients devant recevoir un traitement par immunosuppresseurs doivent être à jour du calendrier vaccinal et notamment être vaccinés par les vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche acellulaire tous les 10 ans, par les vaccins antigrippaux injectables de façon annuelle et recevoir le schéma vaccinal antipneumococcique selon les recommandations en vigueur. Ces vaccins non vivants sont à éviter durant les 6 mois suivant une transplantation du fait d'une immunosuppression plus importante liée à la prévention du rejet aigu.

Les vaccins vivants atténués (notamment varicelle et rougeole-oreillons-rubéole, dit ROR) sont contre-indiqués sous traitement immunosuppresseur. Ils sont à effectuer 4 semaines avant le début du traitement en l'absence de sérologie positive pour la varicelle ou de preuve de vaccination pour le ROR. À défaut, il est nécessaire d'attendre 3 mois après la fin du traitement pour vacciner avec ces vaccins dans le cas des traitements des maladies auto-immunes (6 mois pour le rituximab). Le BCG est toujours contre-indiqué.

Des recommandations particulières s'appliquent à l'entourage proche des patients traités par immunosuppresseurs : une vaccination annuelle antigrippale par le vaccin injectable, une vaccination contre la varicelle et le vaccin ROR en l'absence, respectivement, de preuve sérologique ou de preuve de vaccination. Bien que la vaccination rotavirus orale (vaccin vivant atténué) chez le nourrisson ne soit plus recommandée en population générale, vacciner les nouveau-nés est parfois discuté devant la mise en évidence d'une possible immunité de groupe qui pourrait être bénéfique aux adultes immunodéprimés.

La vaccination dirigée contre le SARS-CoV-2 trouve sa place tant chez le patient sous immunosuppresseur que dans son entourage. Toutefois les traitements immunosuppresseurs peuvent compromettre la réponse immunitaire post-vaccination, un suivi sérologique est recommandé pour évaluer la réponse vaccinale.

Fièvre

Toute fièvre chez un patient sous immunosuppresseur doit être considérée comme une urgence. Elle est source d'inquiétude chez les patients traités et peut être liée à l'administration d'un des traitements immunosuppresseurs, révéler une évolution d'une maladie auto-immune ou être le signe d'une infection potentiellement sévère.

Le bilan initial effectué en urgence doit faire rechercher une neutropénie (modérée si inférieure à 1 000 PNN/mm^3, sévère si inférieure à 500 PNN/mm^3) et nécessite un avis spécialisé pour discuter :

- du bilan étiologique à effectuer ;
- de la mise en place d'une antibiothérapie probabiliste en ambulatoire ;
- d'une hospitalisation à visée diagnostique et thérapeutique (notamment en cas de neutropénie ou de fièvre persistant plus de 72 heures).

Conclusion

Les maladies inflammatoires chroniques nécessitent la mobilisation d'importantes ressources par les professionnels et le système de santé. Le médecin généraliste fait appel aux compétences d'autres médecins spécialistes dans le diagnostic et la mise en place du traitement, d'autres professionnels de santé dans le ralentissement de l'évolution du handicap et des complications. Son approche centrée sur le patient,

sa prise en charge globale et sa place dans le parcours de soins font du médecin généraliste un acteur important pour le patient atteint de maladies inflammatoires chroniques malgré leur faible prévalence ; il développe l'ensemble de ses compétences dans leur prise en soins et leur suivi.

Références

[1] Mv Beers-Tas, Nielen MM, Twisk JWR, et al. Increased primary care use for musculoskeletal symptoms, infections and comorbidities in the years before the diagnosis of inflammatory arthritis. RMD Open 2020 ;6, e001163.

[2] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Maladies auto-immunes. La rupture de la tolérance au soi. [En ligne]. Paris: Inserm ; 2018. Disponible sur https://www.inserm.fr/.

[3] Semerano L, Boissier MC. Les anticorps monoclonaux dans les maladies immunes inflammatoires chroniques. Med Sci (Paris) 2009 ;25(12):1108–12.

[4] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Polyarthrite rhumatoïde. Une maladie modèle pour la recherche sur l'inflammation chronique. [En ligne]. Paris: Inserm ; 2017. Disponible sur https://www.inserm.fr/.

[5] Finckh A. Facteurs de risque pour le développement d'une polyarthrite rhumatoïde. Rev Med Suisse 2014 ;0(421):581–4.

[6] Dumusc A, So A. Complications et atteintes systémiques de la polyarthrite rhumatoïde. Rev Med Suisse 2014 ;0(421):590–4.

[7] Nissen M. Concept général et pathogenèse des spondylarthropathies. Rev Med Suisse 2016 ;2(509):485–9.

[8] Dumusc A, So A. Spondyloarthropathies : traitements conventionnels et anti-TNF. Rev Med Suisse 2016 ;2(509):507–11.

[9] Carvajal-Alegria G, Guellec D, Devauchelle-Pensec V, Saraux A. Pseudopolyarthrite rhizomélique et artérite à cellules géantes en 2019. Rev Rhumatisme 2019 ;86(3):199–206.

[10] Haute Autorité de santé. Artérite à cellules géantes (Horton). 2017. Révision 2020. Protocole National de Diagnostic et de Soins. Sous l'égide de la. Filière des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2020. Disponible sur : https://www.has.fr/.

[11] Sené T, Clavel G, Villeneuve D, et al. Délais de prise en charge des complications visuelles d'artérite à cellules géantes : étude rétrospective monocentrique de 33 patients. Rev Med Interne 2020 ;41(10):661–6.

[12] Tsetsou S, Michel P, Hirt L, et al. Artérite de Horton : recommandations lausannoises de prise en charge. Rev Med Suisse 2015 ;1(461):411–7.

[13] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Contrôler les symptômes pour retrouver une qualité de vie satisfaisante. [En ligne]. Paris: Inserm ; 2020. Disponible sur https://www.inserm.fr/.

[14] Moschouri E, Hessler R, Pittet V, et al. Mise au point sur la rectocolite ulcéro-hémorragique en 2017. Rev Med Suisse 2017 ;3(572):1480–6.

[15] Gikas A, Triantafillidis JK. The role of primary care physicians in early diagnosis and treatment of chronic gastrointestinal diseases. Int J Gen Med 2014 ;7:159–73.

[16] Zhang W, Wong CH, Chavannes M, et al. Cost-effectiveness of faecal calprotectin used in primary care in the diagnosis of inflammatory bowel disease. BMJ Open 2019 ;9, e027043.

[17] Haute Autorité de santé. Lupus systémique. 2017. Révision 2020. Protocole National de Diagnostic et de Soins. Sous l'égide de la. Filière des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2020. Disponible sur : https://www.has.fr/.

[18] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Sclérose en plaques (SEP). Une recherche active pour améliorer la prise en charge des patients. [En ligne]. Paris: Inserm ; 2020. Disponible sur : https://www.inserm.fr/.

[19] Rivière S. Risque cardiovasculaire et maladies inflammatoires chroniques. Arch Mal Cœur Vaiss Prat 2021 ;2021:3–6.

[20] Emanuel G, Charlton J, Ashworth M, et al. Cardiovascular risk assessment and treatment in chronic inflammatory disorders in primary care. Heart 2016 ;102:1957–62.

[21] Perdrix C, Imbert P. (sous la direction de). Thérapeutique en médecine générale. Saint-Cloud: GMS ; 2020.

Chapitre 18

Le fardeau du traitement

Stéphanie Sidorkiewicz

PLAN DU CHAPITRE

Généralités 151
Prise en compte du fardeau du traitement lors de la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques 152
Perspectives des patients 154
Conclusion 156

Généralités

Épidémiologie : « maladies chroniques et multimorbidité : la nouvelle norme »

Les progrès de la médecine de ces dernières décennies ont transformé de nombreuses maladies aiguës (à l'issue rapidement fatale sans thérapeutique existante) en maladies chroniques. Les exemples les plus connus sont le diabète de type 1, devenu chronique avec la découverte de l'insuline dans les années 1920, ou encore l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) avec la découverte des thérapies antirétrovirales dans les années 1980 à 1990. Les progrès de la médecine et le vieillissement de la population ont transformé le paysage médical. De plus en plus de patients souffrent désormais de maladies chroniques. En France, en 2018, on estimait à environ 20 millions le nombre de patients ayant au moins une maladie chronique, soit environ 30 % de la population, dont près de 10 millions admis en ALD. Si la prévalence des maladies chroniques a doublé entre 1985 et 2005, le nombre de patients désormais « *multimorbides* » (atteints de deux maladies chroniques ou plus) ne cesse d'augmenter, et concernait déjà 78 % des consultations de médecine générale dans une étude menée en Écosse en 2007 auprès de 314 cabinets de soins primaires [1]. Bien que le nombre de patients multimorbides évolue parallèlement au vieillissement de la population, les patients jeunes ne sont pas épargnés et sont de plus en plus concernés. Chez les patients consultant en médecine générale, la prévalence de la multimorbidité dépend des échantillons et des méthodes de mesure [1, 2], avec une prévalence plus élevée dans les régions les plus défavorisées. En France, dans une enquête réalisée en 2008, la multimorbidité concernait 52,6 % des femmes et 45,5 % des hommes âgés de 55 à 64 ans. Cette transition épidémiologique n'a pas été sans conséquences chez les personnes concernées.

Introduction du concept de fardeau du traitement

Pour les patients chez qui une maladie chronique est diagnostiquée, il y a souvent une véritable rupture avec l'état antérieur au diagnostic. De vrais « réaménagements » sont parfois nécessaires, synonymes pour les patients de nouvelles « normes de vie ». Georges Canguilhem disait déjà en 1943 : « *Guérir, c'est donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes, mais jamais identiques.* » dans son livre *Le normal et le pathologique* [5]. Les patients souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques sont confrontés à une charge liée aux soins résultant des traitements et suivis spécifiques à chacune de leurs maladies. Se soigner représente un investissement important en termes de temps et parfois d'argent : prendre ses médicaments, suivre un régime alimentaire, faire de l'activité physique, réaliser le suivi médical et biologique recommandé par les différents professionnels du parcours de soins, réaliser des démarches administratives… Cette charge, cumulative et croissante avec le temps, peut être responsable d'un véritable *fardeau du traitement*, défini comme l'impact de la prise en charge médicale sur la qualité de vie du patient. Ce fardeau du traitement s'ajoute au fardeau de la maladie, défini quant à lui comme l'impact d'une maladie sur une personne. Une étude menée en 2005 rapportait qu'un patient souffrant d'un diabète de type 2 devrait passer 143 minutes en moyenne par jour à s'occuper de sa maladie s'il suivait l'ensemble des recommandations de ses médecins [6]. Ces recommandations sont plus ou moins difficiles et chronophages à mettre en place et dépendent des capacités et des ressources du patient, elles-mêmes dépendant de son contexte de vie global personnel.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le fardeau du traitement : bien plus qu'une charge de travail pour les patients

Le fardeau du traitement inclut la charge de travail nécessitée par les soins médicaux et aussi l'impact de la prise en charge de la maladie sur la vie du patient et sur son bien-être. En plus de la complexité de la gestion des multiples tâches exigées par les différents professionnels de santé en charge du patient, ce dernier essaie de continuer à assurer ses occupations et tâches habituelles quotidiennes (vie professionnelle, vie familiale, etc.). Le concept du fardeau du traitement dépasse largement le nombre d'heures passées à se soigner : il inclut également le retentissement de cette charge sur les activités quotidiennes et sur l'identité du patient.

Conséquences du fardeau du traitement chez les patients

Quand le fardeau du traitement devient trop important, il peut être responsable d'une diminution de l'observance thérapeutique ou d'un renoncement aux soins, responsables à leur tour d'une aggravation de l'état de santé et de la qualité de vie des patients en augmentant le nombre d'hospitalisations et en majorant la mortalité. On arrive à un résultat paradoxal où une accumulation de soins initialement prescrits pour améliorer l'état de santé de patients aboutit à l'effet opposé compte tenu de l'absence de priorisation ou de prescription raisonnée et coordonnée.

Dans une étude menée en France en 2018 auprès de 2 413 patients chroniques, 38 % d'entre eux estimaient leur fardeau inacceptable, principalement à cause des aspects suivants : les soins réguliers qui rappellent aux patients leur maladie, le fardeau financier du traitement, le fardeau d'organisation des rendez-vous médicaux et d'analyses, les difficultés dans les relations avec les soignants [7].

Prise en compte du fardeau du traitement lors de la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques

Prise en charge de la multimorbidité : de recommandations centrées maladie à une approche centrée sur le patient

Approche centrée maladie

Historiquement, les recommandations de pratique clinique ont été développées maladie par maladie, en silo, sans tenir compte des associations possibles entre les différentes maladies chroniques. Le médecin généraliste, qui revêt souvent le rôle clé de médecin traitant pour les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques, est confronté à la problématique de l'application pratique de ces recommandations théoriques. S'il appliquait à la lettre les recommandations de bonnes pratiques pour un patient « multimorbide » en considérant ce dernier comme une simple addition arithmétique de ses différentes maladies, les prescriptions résultant d'une telle approche pourraient se révéler redondantes, inefficaces, voire inapplicables ou inadaptées. Elles occasionneraient de facto un fardeau du traitement maximal. Une patiente de 79 ans souffrant d'ostéoporose, d'arthrose, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle et de BPCO se verrait par exemple prescrire douze médicaments différents (dix-neuf comprimés) en cinq prises par jour [8].

Une étude menée en 2016 [9] s'est intéressée à estimer en termes de temps passé en heures par mois, en nombre de médicaments et en nombre de consultations l'application des recommandations de pratique clinique pour les patients, pour six maladies fréquentes en soins primaires. Les résultats principaux de cette étude sont illustrés dans la figure 18.1, avec une charge théorique des soins allant jusqu'à dix-huit médicaments par jour, 5,6 consultations par mois et 80,7 heures par mois à s'occuper de sa santé pour un patient qui aurait les six maladies chroniques étudiées.

Approche centrée sur le patient ou sur la personne

Un véritable changement de paradigme s'est imposé aux médecins pour soigner des patients dont la prise en charge est bien plus complexe qu'une simple addition de maladies et de recommandations centrées maladie. Les mots et termes utilisés au fil du temps pour parler de la coexistence de plusieurs maladies chroniques chez un même patient traduisent cette évolution et ce changement de paradigme. Dans les années 1970, la notion de comorbidité apparaît et fait son entrée dans le thésaurus MeSH en 1990 avec le terme « *comorbidity* ». Cependant, avec la notion de comorbidité, il y a encore l'idée d'une maladie index ou principale et d'autres maladies (les « comorbidités ») qui seraient quant à elles annexes ou secondaires. La notion de « multimorbidité » apparaît bien plus tard, vers la fin du XX^{e} siècle. À l'inverse du concept de comorbidité, il s'agit d'un concept qui ne place pas une maladie plus au centre qu'une autre ; il replace le patient au centre du processus de soins : le sujet d'intérêt est le patient et non plus une pathologie donnée.

Personnaliser la prise en charge des patients à leurs contextes et capacités, c'est pratiquer une médecine dans une approche centrée sur le patient (cf. chapitre 6), en établissant des objectifs réalistes et réalisables grâce à une prise en charge hiérarchisée et progressive.

Repérage du fardeau du traitement en consultation

Des outils ont été validés dans la littérature pour mesurer le fardeau du traitement des patients. Ces outils sont destinés à la recherche clinique pour mesurer de façon fiable et reproductible le fardeau du traitement des patients inclus dans les études. Ils sont utiles à connaître pour la pratique clinique : les items et les questions peuvent être utilisés au sein d'une consultation afin d'apprécier au mieux le retentissement des soins prodigués sur la qualité de vie des patients. Le *Treatment Burden Questionnaire*, par exemple, a été validé en langue française en 2012 [10]. Ce questionnaire porte sur plusieurs domaines : la prise des médicaments (galénique, fréquence des prises, efforts pour ne pas les oublier, précautions d'emploi, mode de conservation), la surveillance de la maladie (contraintes liées aux examens complémentaires, autosurveillance, visites chez les médecins, prises de rendez-

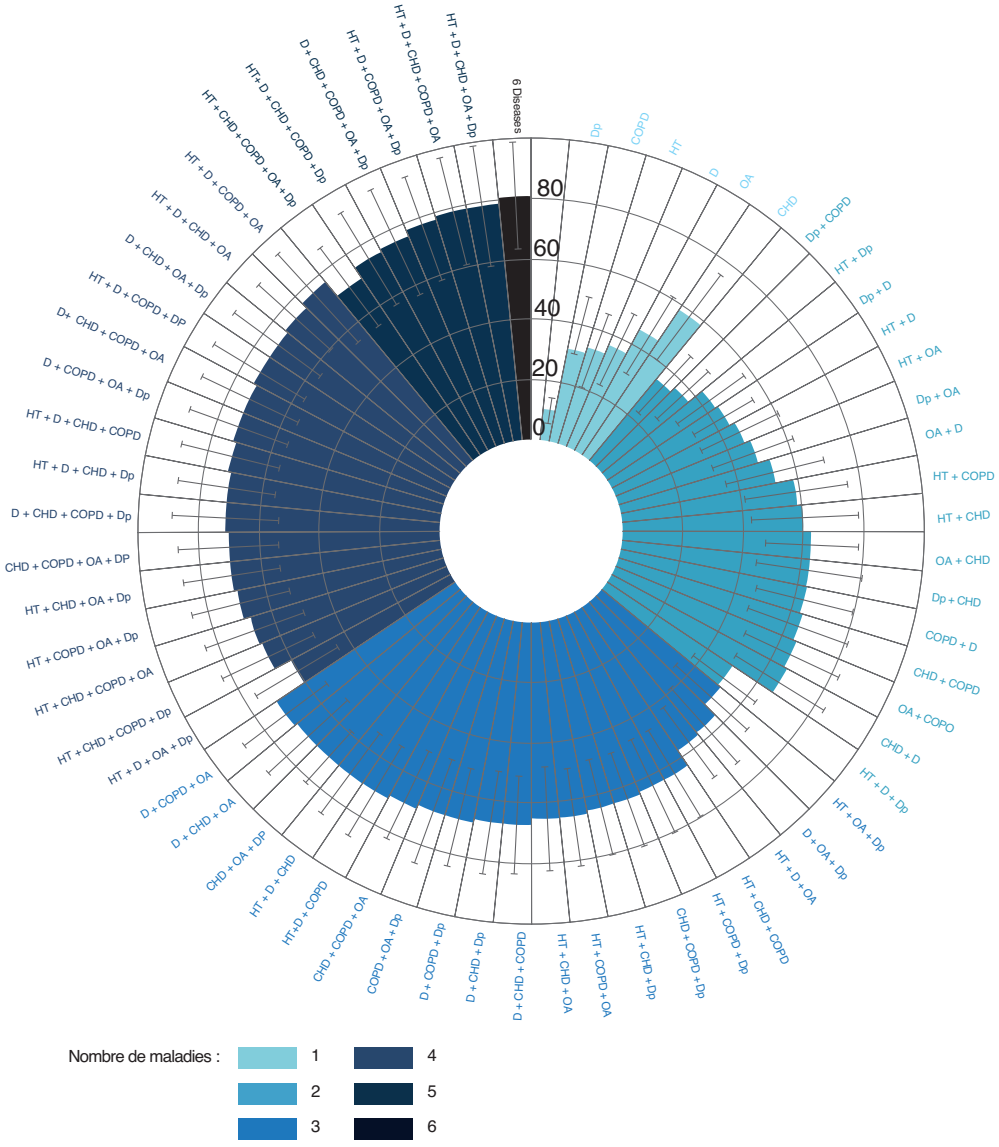


Fig. 18.1 Temps estimé (en heures par mois) par les patients dans les activités relatives à leur santé. Chaque rayon du diagramme représente une maladie ou une association de maladies (DP : dépression ; HT : hypertension artérielle ; OA : arthrose et surpoids ; D : diabète ; CHD : maladie coronarienne et tabagisme ; COPD : bronchite pulmonaire chronique obstructive). La taille d'un rayon est proportionnelle au temps estimé par les patients dans les activités relatives à leur santé, si les recommandations de pratique clinique en vigueur au moment de l'étude pour ces maladies étaient appliquées et prescrites. *(Source : Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, Barnes C, Gilberg S, Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. BMJ Open 2016;6(3):e010119.)*

vous et gestion de l'emploi du temps), les contraintes administratives, les régimes recommandés, l'activité physique et l'impact des traitements sur la relation avec les autres.

Si les patients sont habitués à faire part de certaines plaintes telles que les plaintes douloureuses en consultation, ils ne sont pas forcément eux-mêmes conscients de l'impact de la charge des soins qui leur ont été prescrits. Par ailleurs, il n'est pas aisé pour un patient d'évoquer avec un soignant — qui est souvent le prescripteur — que l'accumulation des soins prescrits représente un fardeau trop important. Il est donc crucial de savoir l'évoquer et de le repérer pour déterminer ce qui constitue un fardeau acceptable pour le patient : soit en utilisant certains des items cités ci-dessus, soit de façon plus globale, en posant par exemple une question qui laisse un espace de parole au patient : « *Pensez-vous être en mesure de mettre en place tout ce que nous avons décidé à l'issue de cette consultation ? Ou souhaitez-vous que nous en discutions ensemble afin de temporiser certaines choses, si cela est possible bien sûr ?* »

Non-observance thérapeutique : un « symptôme » du fardeau du traitement chez le patient ?

Le fardeau du traitement est l'un des facteurs de la non-observance médicamenteuse. Certaines études suggèrent que la mauvaise observance peut résulter d'une mauvaise prise en compte du fardeau du traitement du patient par les

professionnels de santé. Si les investissements scientifiques et humains sont considérables dans la plupart des pays pour tenter de trouver de nouvelles thérapeutiques efficaces, de nouvelles voies d'administration, etc., il est toujours frappant de constater la prévalence de la non-observance chez les patients prenant un traitement au long cours. Ainsi, l'OMS, en 2003, a déclaré que résoudre le problème de la non-observance représenterait un progrès bien plus important que n'importe quelle nouvelle découverte biomédicale. En effet, les patients adaptent sans cesse leurs prescriptions, testent, arrêtent, voire ne débutent jamais certains traitements. Certains de ces « aménagements » doivent-ils systématiquement être qualifiés de « non-observance thérapeutique » ? Il peut sembler inutile d'exiger d'un patient de prendre un médicament à un horaire précis — parfois avec comme seul critère de choix le fait qu'il a été automatiquement reporté par un logiciel de prescription et qu'il figure donc sur l'ordonnance sans aucun processus décisionnel volontaire de la part du médecin — si l'horaire de la prise n'a aucun impact sur l'efficacité du traitement, et ce d'autant plus si ce dernier n'est pas optimal dans la journée du patient. Dans cet exemple, si le patient adapte lui-même l'horaire de la prise, il pourrait selon la définition théorique de la non-observance (définie comme une inadéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales) être qualifié de « non-observant », alors qu'ici c'est plutôt la prescription qui serait « inadaptée » et à modifier en tenant compte du contexte personnel du patient. Dans certains cas, la non-observance peut être considérée comme un « symptôme » du fardeau du traitement et comme le reflet que le patient n'est pas en capacité de prendre le traitement tel que prescrit : c'est une occasion pour le médecin de revoir sa prescription pour essayer de l'optimiser.

Le concept d'observance thérapeutique a beaucoup évolué ces dernières décennies : il a souffert à ses débuts d'une certaine vision paternaliste de la médecine, cherchant à améliorer l'observance à tout prix, en « éduquant » des patients forcément « déviants ». Bien que cette volonté soit parfois justifiée par la situation clinique, la médecine traite avant tout des personnes douées de réflexivité et autonomes, pouvant décider de ne pas prendre un traitement donné de façon tout à fait intentionnelle. La première étape est de laisser l'espace nécessaire au patient en consultation pour exprimer son point de vue, afin d'être en capacité de repérer une non-observance éventuelle, sous-estimée par les médecins et sous-déclarée par les patients qui ont peur de décevoir les soignants ou d'être jugés.

S'il est impossible de supprimer le fardeau du traitement, il est certainement possible de le minimiser. Le repérage par le médecin d'une observance imparfaite pour un ou plusieurs des médicaments prescrits est l'occasion d'engager une discussion avec le patient au sujet de son fardeau, de réévaluer la pertinence de la prescription ou la balance bénéfices-risques du médicament concerné, et de revoir l'ordonnance avec le patient, en essayant de mieux l'adapter à ses capacités et à ses attentes.

En conclusion, le cercle vicieux à éviter est celui d'un patient n'atteignant pas les objectifs thérapeutiques fixés (contrôle de la maladie, prévention des complications…), ce qui entraîne un fardeau de la maladie plus important, trouvant comme réponse usuelle (et inadaptée) l'intensification du traitement par le médecin. Il est nécessaire de peser la balance de la charge de soins et des capacités du patient à tout moment de la prise en charge pour éviter une escalade thérapeutique inutile (figure 18.2).

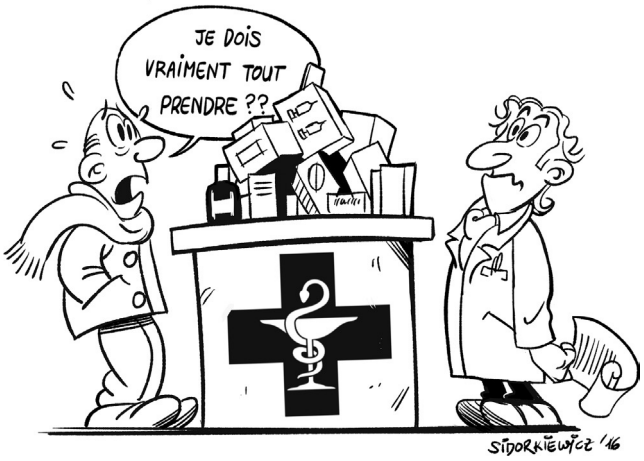


Fig. 18.2 Illustration d'une escalade thérapeutique pouvant mener à une non-observance de la part du patient. (Illustration de Stéphanie SIdorkiewicz.)

Réduire la fragmentation des soins, améliorer la communication entre les soignants pour optimiser la coordination du parcours de soins des patients

Lorsque les patients sont complexes ou multimorbides, leur prise en charge est souvent fragmentée entre plusieurs intervenants. Une meilleure collaboration entre les différents intervenants est prônée et encouragée. De nombreux efforts restent à réaliser sur le terrain, notamment sur les capacités des uns et des autres à travailler en équipe ou sur les systèmes d'information qui occasionnent encore trop souvent une perte d'information entre les différents professionnels impliqués. Le médecin généraliste, chef d'orchestre du parcours de soins des patients, tient évidemment un rôle majeur et clé dans l'amélioration de la coordination des soins autour du patient. Il reste encore de nombreux leviers d'amélioration à trouver pour réorganiser les soins et faciliter les nombreuses tâches demandées aux patients et leur permettre de libérer du temps non médical dans leurs vies [11].

Perspectives des patients

Discordance de perception entre les priorités des médecins et celles des patients

De nombreuses études se sont intéressées à la concordance entre les perspectives des patients et celles de leur médecin. Les résultats rapportent à chaque fois d'importantes discordances entre les points de vue : les patients et leur médecin n'ont pas la même vision des maladies prioritaires à soigner, ni des médicaments les plus importants pour la

santé du patient ; leurs points de vue diffèrent même jusqu'à la connaissance de la liste des maladies dont souffrent les patients. Dans une étude réalisée en 2018 en France auprès de 233 patients et de leur médecin généraliste traitant, les investigateurs ont demandé aux participants de lister leurs maladies et celles qu'ils jugeaient prioritaires à soigner, et ont posé les mêmes questions à leur médecin. Dans 45 paires médecin-patient, la maladie prioritaire numéro 1 du patient n'était pas présente du tout dans la liste de leur médecin [11].

Dans la pratique clinique ou dans les études, les patients priorisent les soins et les thérapeutiques pour les maladies symptomatiques (arthrose, troubles du sommeil, etc.), tandis que les médecins priorisent les maladies ou problèmes de santé avec un retentissement sur la morbidité ou la mortalité à long terme (tabagisme, hypertension artérielle…). De la même façon, les patients priorisent parfois sur leur ordonnance des médicaments que les médecins nomment « à visée symptomatique », comme les antalgiques ou les hypnotiques, alors que d'autres médicaments sont jugés plus importants par les médecins (antiagrégants plaquettaires en prévention secondaire, antihypertenseurs…).

Pourtant, dans les études, une meilleure concordance entre les perspectives des patients et de leur médecin est associée à une amélioration des critères de jugement dit « objectifs » (comme la pression artérielle) et « subjectifs » (comme la douleur), ainsi qu'à une meilleure satisfaction de la part des patients et une meilleure santé mentale. Dans un essai clinique publié en 2019, une approche de soins qui favorisait la prise en compte des préférences du patient était associée de façon statistiquement significative à une diminution du fardeau du traitement chez des patients chroniques [12].

Ainsi, le classique « renouvellement » d'ordonnance doit être un vrai temps d'échange et de « réévaluation » plutôt qu'une réimpression d'une ancienne ordonnance dont seule la date serait modifiée. Le médecin prend le temps d'évaluer l'observance tout comme le fardeau du traitement ou l'existence d'éventuels effets secondaires, afin de repérer des leviers d'amélioration. Les questions qu'il se pose au sujet des prescriptions issues à la fin d'une consultation sont les suivantes : sont-elles adaptées aux capacités du patient ? Sont-elles adaptées au contexte global de vie du patient ? Est-il « raisonnablement » possible de les appliquer (sans être un « surhomme ») ?

Implication des patients dans la recherche et dans les groupes de travail pour l'élaboration des recommandations de pratique clinique

L'élaboration des recommandations de pratique clinique repose souvent sur des études publiées à faible validité externe. Plusieurs études méthodologiques se sont intéressées à la représentativité des échantillons inclus dans les études. Malgré une discrète amélioration ces dernières années et de plus en plus d'essais « pragmatiques », de nombreux essais cliniques présentent une trop faible validité externe, avec une généralisation limitée de leurs résultats en vie réelle. Les essais cherchent souvent à maximiser leur validité interne et à standardiser au maximum l'intervention évaluée et la population incluse, en excluant de leurs échantillons de nombreux patients auxquels ces interventions sont pourtant destinées ensuite en pratique. Un autre écueil encore trop prévalent est celui du choix de critères de jugement biomédicaux qui ne prennent pas en compte des mesures importantes pour les patients — exemple classique de critères strictement biologiques sans tenir compte de l'impact de l'intervention sur la qualité de vie des patients. L'implication des patients dans la recherche, dès la rédaction des protocoles de recherche, est une des pistes qui peut permettre de réduire ces écueils, en plus des recommandations internationales concernant la bonne conduite des essais cliniques. De plus en plus d'études prennent en compte le fardeau du traitement comme critère de jugement et cette évolution positive doit être encouragée. L'implication des patients dans les groupes de travail chargés de l'élaboration des recommandations de pratique clinique est également désormais devenue plus habituelle, permettant de proposer des recommandations qui tiennent d'emblée compte de la réalité du terrain et de leur acceptabilité par les patients.

Implication des patients dans l'enseignement de la médecine

L'idée d'impliquer les patients et de renforcer leur engagement n'est pas nouvelle. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la délégation partielle de certaines missions de soins et l'accès facilité à la connaissance ont accéléré ce processus. Différentes expérimentations ont vu le jour jusqu'à aboutir à une vraie professionnalisation. Les patients ont d'abord été impliqués en étant invités à témoigner lors de certains enseignements : les étudiants en médecine peuvent ainsi mieux appréhender au travers d'exemples concrets ce que peuvent être les conséquences au quotidien du fardeau de la maladie ou du fardeau du traitement pour certains patients. Par exemple, s'il est aisé d'imaginer ce que peut représenter le fait de devoir prendre un comprimé par voie orale quotidiennement, entendre témoigner un patient sur le fardeau que peut représenter le fait de réaliser le énième prélèvement sanguin à jeun le matin sur un réseau veineux fragilisé ou encore de réaliser des séances de dialyse pluri-hebdomadaires, permet d'améliorer la connaissance et la réflexivité des prescripteurs de demain. Il existe des « patients experts », et aussi des « patients partenaires » et les initiatives de co-construction d'enseignement avec partage de savoir expérientiel sont de plus en plus nombreuses.

Vers une prise de décision partagée avec le patient

Entre mai 2017 et janvier 2018, une équipe de chercheurs français a posé une question ouverte en ligne à une cohorte de plusieurs milliers de patients chroniques (ComPaRe, Communauté de Patients pour la Recherche). La question était la suivante : « *Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre prise en charge pour la rendre plus facile et/ou acceptable ?* » Un total de 1 636 patients a proposé 3 613 idées comprenant des axes d'amélioration des consultations, de l'hôpital, et du système de santé en général.

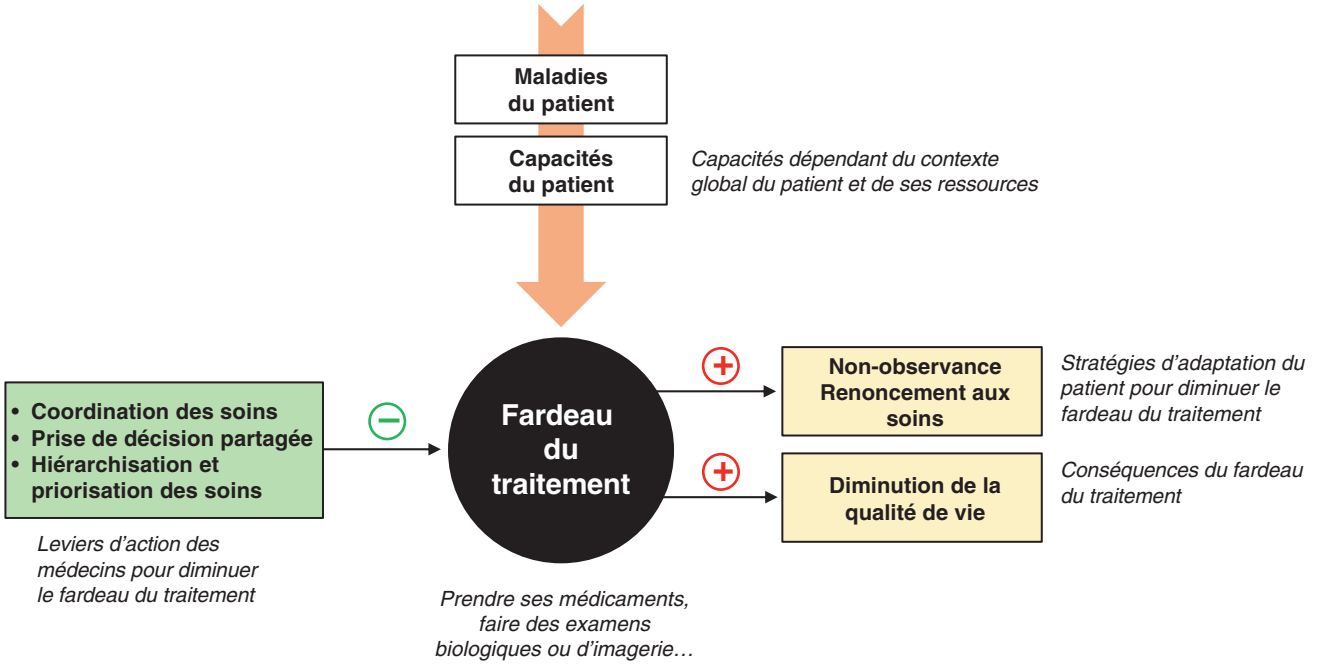


Fig. 18.3 Causes et conséquences du fardeau du traitement et leviers d'action des médecins pour une médecine du moindre fardeau.

Parmi les 1 701 idées qui concernaient l'amélioration des consultations, une grande majorité portait sur la qualité des échanges entre médecins et patients, sur l'information des patients quant à leur prise en charge, et sur l'adaptation du traitement du patient en fonction de ses préférences et du contexte. Une patiente suivie pour un cancer du sein a par exemple témoigné : « *Il n'est pas acceptable de devoir subir des décisions changeant notre vie sans avoir la main sur le peu de chose que nous pouvons choisir* [13]. »

La prise de décision partagée prend toute sa place dans le soin aux patients atteints de maladies chroniques : le médecin ne décide pas seul de la meilleure prise en charge pour le patient. Il détermine avec lui les objectifs à atteindre, dans une relation de confiance et un accompagnement sur le long cours. Ces objectifs doivent être raisonnables et atteignables et l'efficacité des mesures entreprises doit sans cesse être évaluée. Cette approche centrée sur le patient visant à impacter le moins la vie des malades, en déterminant avec eux les éléments cruciaux et ceux moins prioritaires pour leur prise en charge, pourrait être la réalisation de ce qu'on pourrait appeler « *la médecine du moindre fardeau* » [14].

La figure 18.3 illustre et résume les causes et conséquences du fardeau du traitement et liste les leviers d'amélioration pour le diminuer.

Conclusion

La prise en compte du fardeau du traitement des patients est relativement récente. Elle rejoint l'approche centrée sur le patient, car il s'agit pour le médecin de tenir compte des perspectives du patient, de ses capacités, de son contexte bio-médico-psycho-social pour optimiser sa prise en charge et ainsi minimiser le fardeau engendré par la charge de soins. Prendre en compte le fardeau du traitement va bien au-delà d'une volonté d'améliorer la qualité de vie des patients, notamment ceux qui souffrent de plusieurs maladies chroniques : en repérant un fardeau inacceptable chez le patient, le médecin généraliste se retrouve dans une position déterminante et a le pouvoir d'actionner deux leviers directement corrélés à l'efficacité des soins : diminuer la non-observance du côté du patient et pratiquer une médecine fondée sur les preuves et les données de la science du côté du médecin. Pour tenter de diminuer le fardeau du traitement des patients, les médecins pourront chercher à optimiser leurs prescriptions, lutter contre la surmédicalisation, pratiquer une prise de décision partagée avec le patient, permettant une meilleure hiérarchisation des soins et une meilleure priorisation des recommandations de pratique clinique.

Références

[1] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet 2012;380(9836):37–43.

[2] Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract 2011;61(582):e12–21.

[3] Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. PloS One 2014;9(7), e102149.

[4] Coste J, Valderas JM, Carcaillon-Bentata L. Estimating and characterizing the burden of multimorbidity in the community: A comprehensive multistep analysis of two large nationwide representative surveys in France. PLOS Med 2021;18(4), e1003584.

[5] Canguilhem G. Le Normal et le Pathologique. 12e édition. Presses universitaires de France, « Quadrige »: Paris; 2015.

[6] Russell LB, Suh D-C, Safford MA. Time requirements for diabetes self-management: too much for many? J Fam Pract 2005;54(1):52–6.

[7] Tran V-T, Montori VM, Ravaud P. Is my patient overwhelmed? Determining thresholds for acceptable burden of treatment using data from the ComPaRe e-Cohort. Mayo Clin Proc 2020;95(3):504–12.

[8] Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005 ;294(6):716–24.

[9] Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, Barnes C, Gilberg S, Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. BMJ Open 2016 ;6(3), e010119.

[10] Tran VT, Montori VM, Eton DT, Baruch D, Falissard B, Ravaud P. Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions. BMC Med 2012 ;10:68.

[11] Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ 2015 ;350, h176.

[12] Sidorkiewicz S, Malmartel A, Prevost L, et al. Patient-physician agreement in reporting and prioritizing existing chronic conditions. Ann Fam Med 2019 ;17(5):396–402.

[13] Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, et al. Association of patient priorities-aligned decision-making with patient outcomes and ambulatory health care burden among older adults with multiple chronic conditions: a nonrandomized clinical trial. JAMA Intern Med 2019 ;179(12):1688–97.

[14] May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ 2009 ;339, b2803.

Le maintien du patient au domicile

Émile Escourrou, Florence Durrieu

PLAN DU CHAPITRE

Généralités 159
Prévention de la perte d'autonomie 159
Maintien au domicile une fois l'autonomie altérée 163
Pour aller plus loin : soins intégrés pour les personnes âgées 166

Généralités

Contexte épidémiologique

En 2019, 16 723 000 personnes de plus de 60 ans vivaient à domicile et 104 000 en résidence autonomie. On estime ce nombre à plus de 23 millions à l'horizon 2050. En l'absence de réduction du nombre d'entrées en institution, plus de 300 000 places supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) devraient être créées d'ici à l'année 2050 [1].

Seules 2 % des personnes âgées de 65 à 74 ans résident en institution en 2015 contre 21 % des plus de 85 ans. Les difficultés de maintien au domicile et l'entrée en institution sont la conséquence de la perte d'autonomie et de la dégradation de l'état de santé.

Conséquence du vieillissement de la population

En France, en 2018, un habitant sur cinq avait 65 ans ou plus soit 13 millions de personnes ; au rythme démographique actuel, ce sera 29 % de la population à l'horizon 2070 (figure 19.1). L'accroissement de la population des séniors concerne surtout les plus âgés (75 ans et plus), tandis que la population des « jeunes séniors » (60 à 75 ans) tend à se stabiliser [2].

Conséquence de l'augmentation de la dépendance

Celle-ci touche majoritairement les personnes âgées, la prévalence de la dépendance croissant avec l'âge.

En 2015, 15,3 % des plus de 60 ans étaient en perte d'autonomie selon une définition large [3], 1,8 % dépendantes sévères (Groupes iso-ressources GIR 1 ou GIR 2) vivant encore à domicile [4]. Les personnes âgées les plus dépendantes étant principalement prises en charge en institution.

Le maintien au domicile : volonté des patients et des politiques de santé

Selon différentes enquêtes réalisées, les séniors manifestent une importante volonté à rester vivre au domicile [5]. L'enquête réalisée en 2011 par l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) montre que les Français étaient 81 % à souhaiter finir leurs jours chez eux. Ils estimaient le maintien à domicile comme une possibilité de choisir les conditions de leur vie jusqu'à leur mort. L'entrée en EHPAD constitue une perte de leur autonomie et est vécue comme un déracinement [5]. Le libre choix du lieu de vie permet de conserver un sentiment d'identité, d'autonomie et de conserver du lien social.

Prévention de la perte d'autonomie

Le maintien des patients à domicile nécessite en premier lieu de prévenir la perte d'autonomie quand celle-ci est encore conservée.

Prévention des maladies chroniques, détection, contrôle précoce et prévention de leurs complications

La prévention primaire

Le rôle de prévention primaire par le médecin généraliste est au cœur de la pratique quotidienne. Celle-ci est inscrite dans la loi de 2004 par la description de programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités, et la création d'une « consultation de prévention » [6].

La prévention primaire est l'ensemble des actes qui permettent de diminuer l'incidence d'une maladie. Le médecin

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

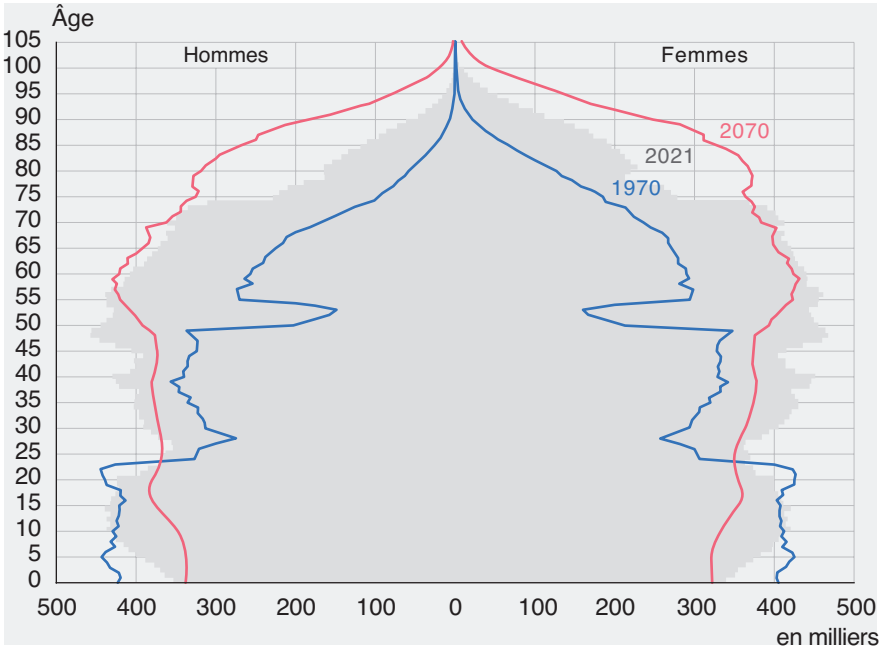


Fig. 19.1 Pyramide des âges : France métropolitaine en 1970, France en 2021 et 2070. *(Source : Insee. Estimations de population et scénario central des projections de population 2021-2070. In : Insee Première, n° 1881, novembre 2021.)*

a pour rôle d'identifier les facteurs de risque de maladie, de réaliser des examens de dépistage et d'en interpréter les résultats. Il faut au préalable informer le patient de la balance bénéfices-risques de chaque examen de dépistage, balance fondée sur des données validées par la science et leur niveau de preuve.

La maladie

Les maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives, particulièrement la maladie d'Alzheimer, constituent la première cause d'entrée dans la dépendance chez les personnes âgées [7].

La HAS a proposé des recommandations de bonnes pratiques en 2011 et renforce l'idée, dans son guide du parcours de soins de 2018, de la nécessité d'un repérage et d'un diagnostic précoce des troubles cognitifs chez les personnes âgées.

Un repérage systématique n'est pas nécessaire ; il se fait dans plusieurs situations :

- un patient consultant pour une plainte mnésique, surtout si celle-ci est persistante ;
- la modification du comportement et/ou du caractère constatée par l'entourage ;
- lors d'une entrée en foyer logement, EHPAD ;
- à la suite d'un épisode de confusion (et à distance de celui-ci).

Ce diagnostic précoce permet :

- la mise en place des aides à domicile dès que nécessaire ;
- l'identification des aidants avec mise en place d'un soutien spécifique ;
- l'adaptation des thérapeutiques médicamenteuses avec suppression des traitements anticholinergiques et des traitements susceptibles de provoquer confusion ou chutes ;
- l'anticipation des hospitalisations (lorsque cela est possible) ;
- le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, pour diminuer la participation vasculaire dans la genèse et l'aggravation de la démence.

Cette prise en compte de la situation globale avec ses aspects médicaux, sociaux et environnementaux permet de ralentir l'apparition des complications (chutes, dénutrition, troubles du comportement), d'éviter l'épuisement des aidants et de maintenir au domicile le patient le plus longtemps possible.

La polypathologie

La co-occurrence de plusieurs pathologies devient plus fréquente avec l'âge : 12 % des plus de 75 ans n'ont aucune pathologie selon les données de consommation de soins. En outre, aux problématiques liées à chaque pathologie s'ajoutent les difficultés liées à la polymédication et à la multiplicité des prescripteurs, qui sont autant de facteurs d'entrée dans la dépendance.

La HAS a établi en 2015 des recommandations de bonnes pratiques, afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. Elles reposent sur quatre étapes :

- *l'identification des personnes âgées polypathologiques* : cela concerne les patients de plus de 75 ans présentant au moins trois pathologies chroniques, donnant droit à une exonération du ticket modérateur pour une affection longue durée (ALD) ou des problématiques de santé hors ALD et responsables de soins prolongés ou de gêne fonctionnelle ;
- *l'évaluation des problèmes médicaux et de la situation de la personne* :
  - révision des diagnostics et des traitements de la personne, évaluation du patient dans les domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux,

  - recueil des souhaits du patient en termes de traitement et de prise en charge après lui avoir précisé la balance bénéfices-risques de chacun,
- *l'élaboration d'un plan personnalisé de soins (PPS) si nécessaire* : il permet de planifier les actions de soin et d'aides pour chaque professionnel de santé intervenant auprès du patient ;
- *la mise en place d'un suivi et de réévaluations régulières de ce PPS.*

Cette prise en charge a pour objectif de mieux coordonner les actions de soin et de planifier des soins en accord avec le patient, afin de prévenir les complications et l'aggravation de chaque pathologie.

L'amélioration de la coordination interprofessionnelle, que ce soit entre ville et hôpital ou entre les professionnels médicaux et paramédicaux intervenant auprès du patient, est nécessaire pour limiter les conséquences liées à la multiplicité des prescripteurs, les complications iatrogènes et les hospitalisations.

Les soins

La iatrogénie

En médecine générale, la fréquence des événements indésirables associés aux soins est de 22 pour 1 000 actes réalisés, dont 25 % ont une conséquence clinique et 2 % sont considérés comme graves.

Les effets indésirables médicamenteux graves sont liés à un suivi médical insuffisant ou à des modalités de gestion des traitements inadaptées dans plus de la moitié des cas.

Les facteurs de risque de survenue d'un événement indésirable médicamenteux sont :

- la polymédication (10 % des patients de plus de 75 ans) ;
- un défaut de surveillance médicale clinique et biologique des traitements ;
- des modalités de gestion des traitements inadaptées aux capacités du patient ;
- les transferts d'un secteur sanitaire à un autre (hospitalisation) ou les changements thérapeutiques récents ;
- la survenue d'un événement intercurrent (fièvre, déshydratation, etc.) altérant la tolérance à un traitement de fond ou décompensant une maladie sous-jacente. C'est le cas une fois sur deux dans la survenue d'un effet indésirable médicamenteux chez la personne âgée.

Afin d'évaluer si le suivi des traitements d'un patient est suffisant, l'HAS a défini en 2014, sept questions à se poser.

- La liste des pathologies est-elle établie ?
- La liste des médicaments est-elle établie ?
- La personne gérant les traitements au quotidien est-elle identifiée : le malade ou un aidant ?
- Un résultat de clairance de la créatinine datant de moins d'un an est-il disponible ?
- L'existence de chute depuis moins d'un an a-t-elle été recherchée ?
- Les critères d'efficacité sont-ils suivis pour tout nouveau médicament ?
- Les critères de tolérance sont-ils suivis pour tout nouveau médicament ?

L'amélioration des prescriptions passe par l'utilisation de médicaments dont l'efficacité est démontrée, en laissant de côté les médicaments au service médical rendu insuffisant.

La balance bénéfices-risques est évaluée pour chaque médicament en évitant les médicaments inappropriés chez les personnes âgées. Les souhaits du patient concernant le traitement sont recueillis après avoir expliqué les différentes alternatives, afin d'améliorer l'observance et l'adhésion du patient.

Différents outils de dépistage des prescriptions médicales inadaptées chez la personne âgée sont utilisables en médecine de ville :

- le tableau de prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé (PMSA) élaboré par la HAS[25], qui permet de confronter les diagnostics, les traitements, l'efficacité et la tolérance de chaque médicament ;
- l'outil STOPP-START, composé de critères organisés par systèmes physiologiques considérant à la fois les prescriptions inappropriées, les interactions entre les médicaments, les comorbidités et l'omission des prescriptions considérées comme appropriées ;
- les critères de BEERS, outil le plus connu sur le plan international mais ne correspondant pas à nos pratiques européennes.

Les hospitalisations

La dépendance liée aux hospitalisations entraîne un risque accru d'entrée en institution. Son incidence varie entre 30 et 60 % chez les patients de 70 ans et plus [8].

Elle est liée à trois facteurs : la pathologie aiguë ou chronique ayant mené à l'hospitalisation, l'état de santé du patient et les modalités de prise en charge au cours de l'hospitalisation.

Le mode d'entrée via les urgences est un facteur de risque à part entière de dépendance. L'organisation des filières de soins permettant les hospitalisations directes dans les services est à privilégier, ainsi que l'anticipation des hospitalisations lorsque cela est possible, afin d'éviter le passage par les urgences [9].

Les principales causes d'entrée dans la dépendance lors d'une hospitalisation sont :

- le syndrome d'immobilisation ;
- la confusion aiguë ;
- la dénutrition ;
- les chutes ;
- l'incontinence urinaire de novo ;
- la iatrogénie médicamenteuse ;
- la mauvaise organisation du retour à domicile.

Le développement de l'adaptation des soins aux personnes âgées dans les services hospitaliers, la généralisation des équipes mobiles de gériatrie et l'amélioration progressive de la coordination des soins et de la liaison ville-hôpital permettent une meilleure prise en charge des personnes âgées et une diminution de la prévalence de la dépendance liée aux hospitalisations.

[25] https://www.has-sante.fr/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant.

Le syndrome de fragilité

Dans l'optique de prévention de la dépendance, depuis 2001, a émergé la notion de fragilité.

Définition

La fragilité est un syndrome clinique. Il se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Il existe principalement deux approches de la fragilité.

La première approche, émergeant en 2001 aux États-Unis, est un « phénotype de fragilité ». Fried et al. ont défini cinq critères pour affirmer le diagnostic de fragilité :

1. Vitesse de marche faible.
2. Force de préhension faible.
3. Sentiment de fatigue ou d'épuisement.
4. Sédentarité.
5. Perte de poids involontaire.

- Une personne âgée ne présentant aucun critère est jugée non fragile, ou « robuste ».
- Une personne âgée présentant un à deux critères est jugée « pré-fragile ».
- Une personne âgée présentant trois critères ou plus est jugée « fragile ».

La deuxième approche émerge en 2005. Rockwood propose un modèle plus transversal fondé sur une approche médico-psycho-sociale afin de prendre en charge de façon plus globale la personne âgée et ses potentielles causes de fragilité. Ce modèle prend en compte des critères reposant sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multidomaine », intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités.

La fragilité est un marqueur du risque de survenue d'événements péjoratifs, d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et, par conséquent, d'entrée dans la dépendance. C'est un syndrome réversible et il est démontré que les programmes d'intervention (nutrition, activités physiques, collaboration entre gériatre et médecin traitant, évaluation gérontologique standardisée) ont des effets positifs sur la prise en charge des personnes âgées fragiles [10].

Repérage et diagnostic

La HAS a émis des recommandations concernant le repérage des personnes âgées fragiles. Elle propose comme champ de repérage l'ensemble des personnes de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité. Ce champ de repérage est donc très large et il concerne tout soignant, médical ou paramédical, de l'entourage du patient. Les professionnels de santé de premier recours, dont le médecin généraliste, sont les plus à même de réaliser ce repérage. Pour cela, l'HAS propose un outil de repérage utilisable en médecine de ville (figure 19.2).

Lorsque le repérage montre que le patient est à risque, il est orienté vers une structure réalisant une évaluation du statut de fragilité (figure 19.3). Cette évaluation est multidimensionnelle (évaluation gériatrique standardisée) et pluriprofessionnelle. Elle peut se réaliser soit en structure hospitalière (hôpital de jour d'évaluation des fragilités, par exemple), soit en structure ambulatoire : maison de santé pluriprofessionnelle via des protocoles de délégation de tâches médecin généraliste-IDE, soit par IDE-ASALEE par exemple.

Cette évaluation permet de poser ou non le diagnostic de fragilité (patient fragile/pré-fragile ou bien sans critère de fragilité [robuste]) et d'élaborer un plan personnalisé de santé permettant de coordonner les actions de prévention, afin de réduire les déterminants médicaux et sociaux de la fragilité. Ce plan personnalisé de santé est proposé au patient et à son médecin traitant.

Les principaux axes de prise en charge reposent sur :

- la promotion d'une activité physique adaptée pour lutter contre la sédentarité ;

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	❑	❑	❑

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ❑ OUI ❑ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ❑ OUI ❑ NON

Fig. 19.2 Outil de repérage de la fragilité. *(Source : Gérontopôle de Toulouse. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Juin 2013.)*

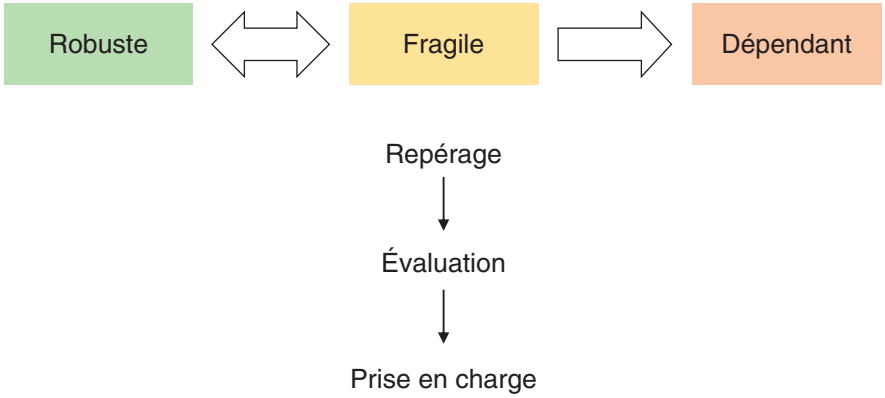


Fig. 19.3 **Parcours du patient âgé fragile.**

- le conseil d'une alimentation adaptée aux besoins de la personne âgée ;
- la réduction du risque iatrogène ;
- l'adaptation des prises en charge en cas d'hospitalisation.

La mise en place des actions de prévention se fait par le médecin traitant qui réalise le suivi. Le centre où a été diagnostiqué le syndrome de fragilité réévalue et adapte le plan personnalisé de santé.

Maintien au domicile une fois l'autonomie altérée

Lorsque l'autonomie est altérée, la prise en charge repose sur le contrôle des différentes pathologies, la mise en place d'aides au domicile et le soutien aux aidants, afin de prolonger les possibilités de maintien au domicile le plus longtemps possible.

Aides professionnelles à domicile

Infirmiers et aides-soignants

Les infirmiers permettent d'assurer les soins d'hygiène et les prises en charge paramédicales (soins de nursing, pansements, administration des traitements, surveillance clinique, éducation thérapeutique, etc.) au domicile du patient. Ils interviennent sur prescription médicale. Leur prise en charge repose intégralement sur la prise en charge par l'Assurance Maladie en cas d'ALD et, en son absence, la part complémentaire peut être prise en charge par une mutuelle.

Les infirmiers sont installés en cabinet libéral ou travaillent au sein d'une association ou d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les aides-soignants sont rares en milieu ambulatoire ; ils travaillent dans la majorité des cas pour des associations (type service d'aide et d'accompagnement à domicile : aide à domicile en milieu rural, ADMR) ou des SSIAD.

Auxiliaires de vie et aides à domicile

Ils travaillent au sein d'entreprises privées ou au sein d'associations (type ADMR). Leurs prestations ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie mais par des aides financières : aide personnalisée d'autonomie (APA), mutuelles, etc.

Ils interviennent afin d'aider à la gestion du quotidien : courses, ménage, aide administrative, présence et stimulation, aide aux déplacements, etc.

MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)

Les MAIA sont un dispositif issu du plan Alzheimer de 2008–2012 visant à optimiser la prise en charge à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et à soutenir leurs aidants.

Le territoire français est actuellement couvert à 98 % par un dispositif MAIA. Ce dispositif permet un accompagnement individualisé des personnes en situation médico-sociale très complexe par des gestionnaires de cas. Il concerne les patients de plus de 60 ans.

Trois critères doivent être remplis pour relever de la gestion de cas :

- situation instable qui compromet le projet de rester à domicile en raison d'un problème d'autonomie fonctionnelle, d'un problème relevant du champ médical et d'un problème d'autonomie décisionnelle ;
- des aides et soins insuffisants ou inadaptés ;
- l'absence d'entourage proche en mesure de mettre en place et de coordonner dans la durée la réponse aux besoins.

C'est donc l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) qui nécessite l'intervention d'un gestionnaire de cas.

Hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile permet d'effectuer des soins normalement non réalisables en ville, car trop complexes, trop fréquents ou trop techniques. Elle permet d'assurer une continuité des soins avec une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, diététiciens, psychologues, assistants sociaux, rééducateurs, etc.) et médicalisée (présence systématique d'un médecin coordinateur) [11].

Lorsque le patient est pris en charge en hospitalisation à domicile, le médecin traitant reste responsable de sa prise en charge et c'est lui qui assure le suivi du patient, établit le projet de soins, en coordination avec le médecin de l'HAD.

Le médecin de l'HAD est amené à réaliser des prescriptions dans le cadre de la continuité des soins en cas d'absence du médecin traitant ou en soutien à celui-ci.

L'hospitalisation à domicile permet de limiter les durées d'hospitalisation intra-hospitalière lorsque cela est possible et de respecter le souhait des patients d'un maintien au domicile grâce à la possibilité de réaliser certains soins complexes et d'avoir une continuité des soins jour et nuit.

Réseaux de santé à domicile

Les réseaux de santé ont pour objectif d'apporter une réponse coordonnée adaptée aux besoins d'une personne malade désirant rester à son domicile et de ses aidants. Le réseau coordonne une équipe composée de différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), de professionnels du secteur social et médico-social (assistants sociaux, psychologues, etc.).

L'admission et le suivi par un réseau de santé sont financés par l'Assurance Maladie.

Les réseaux sont pour la plupart spécialisés pour des situations particulières (fin de vie, patients atteints de cancer, etc.) mais peuvent être regroupés avec des réseaux gérontologiques.

C'est en général le médecin traitant qui fait appel au réseau de santé quand le patient a besoin d'une prise en charge complexe pour laquelle aide et avis d'une équipe spécialisée sont requis. L'inclusion est possible lors d'une sortie d'hospitalisation.

Lors de l'inclusion, une évaluation globale du patient est réalisée à domicile afin de déterminer les besoins. Un plan personnalisé de santé est élaboré par les différents professionnels de santé et proposé au patient et à son entourage, en accord avec le médecin traitant.

Équipes spécialisées Alzheimer (ESA)

Les équipes spécialisées Alzheimer ont été développées afin de favoriser le maintien à domicile des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée. Elles interviennent, sur prescription médicale, au domicile du patient. Elles sont destinées à des patients atteints de maladie d'Alzheimer à un stage léger à modéré mais dont la maladie a une répercussion sur la vie quotidienne du patient ou celle de leurs proches.

Elles vont avoir plusieurs objectifs :

- aider au maintien de l'autonomie en stimulant les capacités restantes ;
- aider à diminuer les troubles du comportement s'ils sont présents ;
- proposer un soutien aux aidants.

Elles interviennent pour douze à quinze séances sur une période de 3 mois, renouvelables tous les ans.

Elles sont encadrées par un infirmier coordinateur, un psychomotricien ou un ergothérapeute. L'équipe est formée à la prise en charge de patients atteints de troubles cognitifs et peut être composée de psychomotriciens, ergothérapeutes et assistants de soins en gérontologie (aide-soignant ou aide médico-psychologique ayant suivi une formation spécifique).

L'intervention des ESA est entièrement prise en charge par l'Assurance Maladie.

Autres professionnels de santé

D'autres professionnels de santé peuvent favoriser le maintien au domicile :

- les orthophonistes : ils travaillent l'élocution afin de maintenir une communication avec l'entourage, réalisent de la stimulation mnésique et de la prévention les fausses routes en travaillant la déglutition. Ils sont pris en charge par l'Assurance Maladie ;
- les psychomotriciens : ils travaillent sur les capacités fonctionnelles restantes pour maintenir l'autonomie, prévenir le risque de chute, travailler sur l'acceptation des modifications corporelles liées à l'âge et aux pathologies du patient, afin de favoriser les capacités restantes. Ils sont souvent à la charge des patients. Ils peuvent parfois être pris en charge dans le cadre des ESA ou de certaines associations ;
- les ergothérapeutes : ils permettent à la fois l'adaptation du domicile, mais aussi la mise en place d'aides techniques adaptées, afin d'optimiser les capacités fonctionnelles restantes du patient. Comme les psychomotriciens, ils ne sont pris en charge que dans le cadre des ESA ou d'associations. Ils restent sinon à la charge des patients.

Aides informelles et soutien aux aidants

Près de la moitié des séniors ayant besoin d'aide à domicile sont uniquement aidés par l'entourage.

L'ensemble des dépenses liées à la dépendance ne prend pas en compte le travail informel des proches et aidants de personnes âgées, dont la valorisation atteindrait 7 à 18 Md€.

L'impact pour les aidants n'est pas négligeable, avec un risque majoré de stress, d'épuisement, de troubles dépressifs, de pathologie cardiovasculaire, de mauvais état de santé [12].

Suivi médical de l'aidant

Le médecin traitant s'attache à rechercher le statut d'aidant de ses patients ; et, pour ses patients dépendants, il recherche s'il existe un proche aidant. Cela permet de leur proposer une consultation dédiée une fois par an avec leur médecin traitant.

Cette consultation annuelle permet un temps dédié à l'aidant et se concentre sur [13] :

- l'état psychique de l'aidant, en recherchant une souffrance morale, des troubles anxieux et/ou dépressifs ou des troubles du sommeil ;
- la prévention en vérifiant le carnet vaccinal, en planifiant les examens de dépistage usuels si cela est nécessaire ;
- l'évaluation de l'adéquation entre les besoins de l'aidant naturel et du patient et les moyens mis en place (aide médico-sociale et financière) ;
- le suivi et la prise en charge des pathologies de l'aidant.

Cette consultation se fait en tenant compte du contexte familial, social et culturel du patient et de son aidant, en particulier chez les aidants jeunes où le contexte professionnel et familial est pris en compte dans l'évaluation de leur état de santé.

Outil d'aide à la recherche d'une souffrance de l'aidant

Des outils aident à l'évaluation de l'état de santé de l'aidant.

Le fardeau de l'aidant est mesuré rapidement en consultation de médecine générale grâce à l'échelle mini-ZARIT (figure 19.4).

La mesure du fardeau permet d'évaluer le risque d'épuisement de l'aidant et d'adapter si nécessaire les aides à domicile.

L'état psychique est mesuré avec :

- chez les aidants jeunes, avec l'échelle d'Hamilton. Elle fait l'objet d'une cotation spécifique (GS + ALQP003) ;
- chez les aidants âgés, le mini-GDS (figure 19.5), qui peut être réalisé rapidement en consultation. Le score normal est égal à zéro. Un score égal ou supérieur à 1 doit faire envisager l'existence d'une dépression.

Interventions pouvant être proposées aux aidants

L'objectif est d'adapter les interventions proposées au projet de vie de l'aidant et à son contexte familial, professionnel et social. La lutte contre l'isolement social et la réévaluation régulière des aides en place au domicile du patient est réalisée.

Peuvent être proposés :

- des psychothérapies de soutien, individuelles ou familiales ;
- la participation à des séances d'éducation thérapeutique avec le patient ;
- des groupes de soutien avec d'autres aidants, en particulier avec certaines associations ;
- un support téléphonique ou numérique ;
- des cours de formation ou séances de psychoéducation individuelle ou de groupe, notamment pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Structures de répit

Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, des structures de répit existent.

Les accueils de jour et halte répit sont des structures d'accueil à la journée ou de quelques heures, une à plusieurs fois par semaine. Elles peuvent être privées, entièrement à la charge du patient et de sa famille, ou mises en place par les collectivités locales permettant d'obtenir un reste

Grille mini ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien des personnes âgées

Notation :
0 = jamais, 0,5 = parfois, 1 = souvent.

1. Le fait de vous occuper de votre parent vous entraîne-t-il :
   - des difficultés dans votre vie familiale?.....
   - des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail?.....
   - un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique)?.....
2. Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent?.....
3. Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent?.....
4. Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent?.....
5. Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent?.....

TOTAL.....

Interprétation :

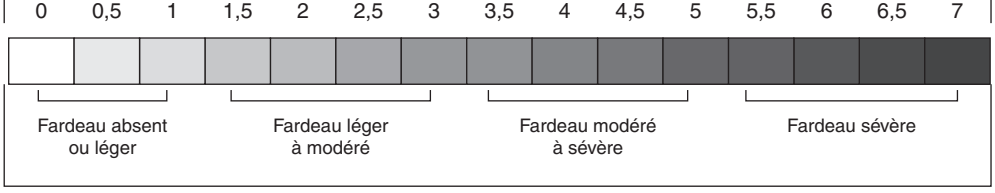


Fig. 19.4 Grille mini-ZARIT. (D'après : Revel V, Haritchabalet I, Kervinio C, et al. Construction d'une échelle simplifiée pour la détection en médecine générale du fardeau de l'aidant d'une personne âgée dépendante. L'année gérontologique 2002 ;16, tome I. p. 131–7.)

Questionnaire mini-GDS

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

1.	**Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?**	Oui ☐	Non ☐
2.	**Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?**	Oui ☐	Non ☐
3.	**Êtes-vous heureux ou heureuse la plupart du temps ?**	Oui ☐	Non ☐
4.	**Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?**	Oui ☐	Non ☐

Si la réponse est cochée → 1 point. **Score total** = __ /4

Fig. 19.5 Questionnaire mini-GDS.

à charge moindre pour les patients et leurs proches. Elles comprennent parfois un système de transport permettant de venir chercher les patients à domicile. Elles permettent de rompre l'isolement social et de stimuler les capacités cognitives et motrices restantes par des ateliers ludiques avec en général une prise en charge pluriprofessionnelle.

Les accueils temporaires en EHPAD sont possibles, afin d'obtenir un répit pour l'aidant et prolonger le maintien à domicile. Ils sont privés, entièrement à la charge du patient et de sa famille. Ils durent en général de 3 semaines à 1 mois.

Aménagement du domicile

L'aménagement du domicile favorise le maintien au domicile en le rendant plus sécurisant et plus adapté. Il permet de limiter le risque de chute et de simplifier les gestes du quotidien.

L'intervention d'un ergothérapeute à domicile peut aider à penser au mieux les aménagements nécessaires.

Différents aménagements peuvent être réalisés :

- adaptation de la salle de bains (pose d'une douche à l'italienne, de siège de douche mural, d'une barre de soutien, etc.) ;
- adaptation de l'éclairage ou pose de chemins lumineux ;
- pose de revêtements de sol antidérapants ;
- adaptation des toilettes (WC surélevés, barre de soutien, etc.) ;
- pose de volets roulants automatisés.

Les aménagements du domicile sont coûteux. Leur prise en charge relève de différentes aides avec en général un reste à charge pour les patients ou leur famille. Les CICAT (centre d'information et de conseil en aides techniques) aident les patients à trouver les aides financières adaptées à leur situation. L'ANAH (Agence nationale de l'habitat), les mutuelles, les caisses de retraite, les collectivités territoriales et l'aide d'action logement sont les principales aides existantes pouvant prendre en charge des travaux d'aménagement du domicile.

Pour aller plus loin : soins intégrés pour les personnes âgées

En 2015, le rapport mondial sur le vieillissement et la santé de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) introduit la notion de « vieillissement en bonne santé ». Celui-ci se définit comme « *le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui favorise le bien-être pendant la vieillesse* ».

Notion de capacités intrinsèques

Ces aptitudes fonctionnelles sont déterminées par la capacité intrinsèque de l'individu (c'est-à-dire la combinaison de toutes les capacités physiques et mentales, y compris psychosociales, de l'individu), les environnements dans lesquels il évolue (comprenant les environnements matériel, social et politique) et son interaction avec ceux-ci [14]. Les capacités intrinsèques correspondent aux capacités à marcher, voir, entendre, se souvenir, ainsi qu'aux fonctions qui permettent aux personnes âgées de continuer à faire des choses auxquelles elles tiennent.

L'objectif est de prévenir, de ralentir ou d'inverser la baisse des capacités intrinsèques et, lorsque le déclin est inévitable, d'aider les personnes âgées à le compenser de façon à accroître leurs capacités fonctionnelles (figure 19.6).

Guide de prise en charge

En 2017, l'OMS crée un guide de recommandations pour les soins intégrés pour les personnes âgées. La prise en charge repose sur une évaluation globale de la personne âgée, avec l'élaboration d'un plan de soins partagé par l'ensemble des professionnels de santé et en tenant compte des besoins, des priorités et des objectifs du patient.

Ces recommandations reposent sur treize axes principaux divisés en six grands domaines, dont la majorité peut être mise en place en médecine de ville.

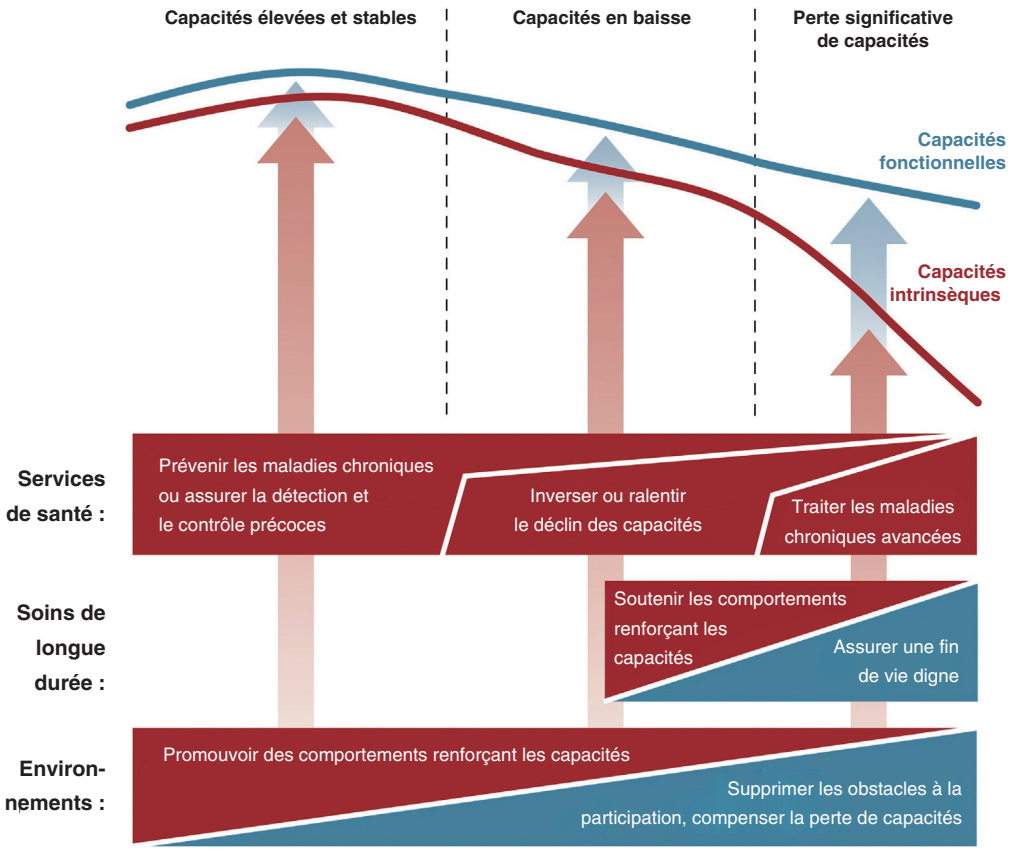


Fig. 19.6 Vieillissement en bonne santé : opportunités pour des actions de santé tout au long du parcours de vie. *(Source : Rapport mondial sur le vieillissement en santé. © Organisation mondiale de la santé, 2016.)*

Améliorer les fonctions musculosquelettiques, la mobilité et la vitalité

- Exercice multimodal, y compris l'entraînement en résistance progressive pour améliorer la force, et d'autres exercices.
- Conseils diététiques et suppléments alimentaires pour les personnes âgées dénutries.

Maintenir les capacités sensorielles

- Dépistage systématique de la déficience visuelle.
- Dépistage des pertes auditives et fourniture d'appareils auditifs.

Prévenir les troubles cognitifs sévères et promouvoir le bien-être psychologique

- Stimulation de la fonction cognitive en cas d'apparition de troubles cognitifs, qu'il y ait ou non un diagnostic de démence.
- Interventions psychologiques structurées de brève durée en cas de présence de symptômes dépressifs.

Prendre en charge les troubles associés à l'âge tels que l'incontinence urinaire

- Le déclenchement de la miction est utilisé en cas d'incontinence urinaire chez les patients présentant une déficience cognitive.
- La rééducation périnéale est proposée seule ou avec d'autres méthodes en cas d'incontinence urinaire.

Prévenir les chutes

- Changement ou retrait de certains médicaments.
- Exercice multimodal.
- Action au domicile sur les dangers.
- Interventions multifactorielles alliant évaluation et interventions adaptées à l'individu sont proposées pour réduire le risque et l'incidence des chutes.

Soutenir les aidants

- Interventions psychologiques, formation et soutien sont proposés aux membres de la famille et autres soignants informels s'occupant des personnes âgées dépendantes.

Cette prise en charge globale de la personne âgée tout au long de son vieillissement, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient et fondée sur l'*evidence-based medecine*, permet l'amélioration des capacités fonctionnelles des patients, qu'ils soient en bonne santé ou non, et ainsi favorise un maintien au domicile tant que celui-ci est possible.

Références

[1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Études Résultats. [En ligne]. Paris: DREES; 2020. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[2] Blanpain N. De 2,8 millions de seniors en 1870 en France à 21,9 millions en 2070? In France, portrait social, édition 2018 – Insee Références. Montrouge: INSEE; 2018. p. 11–24.

[3] Goins A, Champion J-B, Collin C, Glénat P, Lesdos-Cauhapé C, Quénechdu V. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Montrouge: INSEE; 2019.
[4] Brunel M. Carrère A. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». [En ligne]. Paris: DREES; 2017. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.
[5] Libault D. Grand âge, le temps d'agir. Concertation Grand âge et autonomie. [En ligne]. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/.
[6] Loi nº 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel de la République Française nº 185 du 11 août 2004.
[7] Bontout O, Colin C, Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. Dir Rech Études L'évaluation Stat. [En ligne]. Paris: DREES; 2002. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.
[8] Covinsky K, Pierluissi E, Johnston C. Hospitalization associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA 2011;16(306):1782–93.
[9] Mazière S, Lanièce I, Hadri N, et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. Press Med 2011;40(2):e101–10.
[10] Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaço Harmand M, et al. Frailty in elderly: a brief review. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2017;15(2):127–37.
[11] Ministère des Solidarités et de la Santé. L'hospitalisation à domicile. [En ligne] Paris, 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/.
[12] Haute Autorité de santé. Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2014. Disponible sur : www.has-sante.fr.
[13] Haute Autorité de santé. Maladie d'alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2010. Disponible sur : www.has-sante.fr.
[14] Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève: OMS; 2016.

Chapitre 20

Le patient à risque de trouble de l'usage de substances psychoactives ou d'un comportement addictif sans substance

Alcool, tabac, cannabis, opioïdes, médicaments et autres dépendances (écran, jeux vidéo)

Julie Dupouy, Shérazade Kinouani, Catherine Laporte, Christine Maynié-François

PLAN DU CHAPITRE

Généralités 170
Repérer les patients à risque de trouble de l'usage 170
Diagnostiquer un trouble de l'usage 171
Prendre soin des patients présentant une consommation à risque ou un trouble de l'usage : quelques principes généraux. 171
Quelques particularités par produit ou comportement potentiellement addictif 172
Conclusion. 175

DÉFINITIONS

Craving : envie irrépressible de consommer.

Entretien motivationnel : technique d'entretien formalisée par deux psychologues, William R Miller et Stephen Rollnick. Cette technique est utile face à une personne ambivalente au sujet d'un changement de comportement. Le thérapeute mène alors un entretien directif et centré sur la personne, en gardant une attitude empathique, afin d'aider son interlocuteur à résoudre son ambivalence et augmenter sa motivation (intrinsèque et extrinsèque) au changement (cf. chapitre 9).

Intervention brève : conseil personnalisé minimal suivi d'une orientation en consultation si nécessaire. Elle est proposée à des usagers à risque n'ayant pas de demande particulière de soin (cf. chapitre 9).

Pair-aidant : personne concernée de manière présente ou passée par un problème de santé, qui est intégrée à ce titre dans l'équipe de soins pour proposer aux patients un accompagnement fondé sur une expérience personnelle de la maladie. La pair-aidance est particulièrement développée en psychiatrie et en addictologie.

Pharmacodépendance : dépendance psychique et/ou physique à une substance ou un médicament du fait de ses

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

propriétés pharmacologiques. Cette pharmacodépendance s'exprime par une tolérance (besoin croissant de plus de substance pour le même effet) et un syndrome de sevrage à l'arrêt.

Post-cure : séjour en établissement de soin spécialisé, faisant en général suite au sevrage réalisé en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Il s'agit de séjours de plusieurs semaines, proposant une prise en charge pluridisciplinaire incluant de multiples activités de type psychothérapie, prise en charge en groupe, psychoéducation, etc.

Substance psychoactive : substance à tropisme cérébral, ayant des effets psychiques ou cognitifs quand elle est consommée.

Troubles liés à l'usage : conséquences aiguës ou chroniques de l'usage d'une substance psychoactive ou d'un comportement addictif. Ces troubles peuvent être somatiques, psychiques, sociaux. Ils peuvent survenir même en l'absence d'addiction : cirrhose du foie, bronchite chronique obstructive, stéatose hépatique, troubles de la concentration, perte de permis de conduire, troubles du sommeil, violence intrafamiliale, perte d'un emploi, etc.

Usage à risque : consommation de substance psychoactive ou comportement addictif provoquant potentiellement un risque pour l'usager du fait des effets immédiats ou chroniques du produit sur la santé humaine, des vulnérabilités individuelles de l'usager (par exemple, maladie cardiovasculaire, trouble de l'humeur), des circonstances (par exemple, transmission fœtale chez la femme enceinte, maturation cérébrale du jeune de moins de 25 ans, conduite automobile, lieu de travail).

Généralités

Au cours de leur vie, certaines personnes peuvent rester abstinentes (pas d'expérimentation). Elles peuvent aussi entrer dans un parcours de consommation de substances psychoactives ou de pratique de comportements. Certaines expérimentent les substances ou les comportements sans en réitérer l'usage (par non-appétence ou peur des risques associés). D'autres en font un usage occasionnel ou régulier. Certaines ont un usage que l'on peut qualifier d'usage à risque, d'autres développent une pathologie nommée « trouble de l'usage » de substance selon le DSM-5. Le parcours de consommation d'un patient n'est pas forcément linéaire, mais quelle que soit la situation du patient, le médecin généraliste occupe auprès de lui une place privilégiée de prévention individuelle. Il repère les personnes à risque d'avoir des problèmes avec leur consommation, et effectue un diagnostic de situation quand les problèmes existent déjà. Le projet de soins global varie, non pas en fonction de la nature du produit consommé ou du comportement, mais en fonction des problèmes potentiellement posés par la consommation.

Quand la consommation d'un produit psychoactif ou la pratique d'un comportement deviennent problématiques, le DSM-5 parle de trouble de l'usage lié à cette substance ou ce comportement. Depuis 2013, les notions d'« abus » et de « dépendance » sont en effet abandonnées. Le trouble de l'usage est la répétition durable (au moins sur 12 mois) de l'usage d'une substance ou d'un comportement en dépit des conséquences négatives qu'il produit, du fait à la fois de l'impossibilité de s'y soustraire volontairement (perte de contrôle) et de l'envie irrépressible de consommer (*craving*). Le degré de sévérité du trouble de l'usage est proportionnel au nombre de critères du DSM-5 présents, de léger (deux ou trois critères) à sévère (six critères ou plus) (cf. encadré). Quel que soit le produit psychoactif ou le comportement concerné, le trouble de l'usage est une dysrégulation du système cérébral de la récompense [1].

Critères diagnostiques du trouble de l'usage d'après le DSM-5

- Quantité ou durée d'utilisation plus importante que prévu.
- Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer/contrôler l'utilisation.
- Temps important passé à l'utilisation, à se procurer le produit ou à se remettre de ses effets.
- *Craving*.
- Utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile.
- Poursuite de l'utilisation malgré la survenue ou la récurrence de problèmes interpersonnels ou sociaux.
- Abandon ou réduction des autres activités sociales, professionnelle ou de loisir.
- Utilisation en situations dangereuses.
- Utilisation en dépit de la connaissance de problèmes physiques ou psychiques en lien avec l'usage.
- Tolérance : quantités de plus en plus fortes pour ressentir les mêmes effets.
- Syndrome de sevrage : manifestations physiques et psychiques à l'arrêt de l'utilisation, amenant à reconsommer pour en être soulagé.

Deux types de problèmes sont en réalité rencontrés chez les patients consommant des substances psychoactives :

- le trouble de l'usage, ou maladie addictive ;
- les conséquences aiguës ou chroniques de la consommation, appelées aussi troubles liés à l'usage. Ces conséquences peuvent être somatiques, psychiques, sociales ; par exemple, une bronchite chronique en lien avec une consommation de tabac, l'échec scolaire en lien avec une consommation régulière de cannabis, le retrait de permis après une alcoolisation aiguë importante ou des violences intrafamiliales causées par une personne présentant un trouble d'usage sévère de l'alcool.

Repérer les patients à risque de trouble de l'usage

Les patients consultent rarement leur médecin généraliste au sujet d'une consommation, d'un comportement à risque ou d'un trouble de l'usage. En revanche, une majorité de Français consulte au moins occasionnellement un généraliste. Le repérage d'une consommation ou d'un comportement à risque gagnerait donc à être systématique, au moins une fois par an. Le repérage peut aussi être opportuniste, en consultation, face à certains symptômes de trouble de l'usage ou de trouble lié à l'usage : asthénie, altération

de l'état général, trouble du sommeil, anxiété, trouble de l'humeur, prise de poids, etc. Certaines rencontres de soin sont également propices au repérage : renouvellement d'une contraception estroprogestative, suivi de grossesse, certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités sportives, renouvellement d'un traitement antihypertenseur, pathologie aiguë respiratoire, etc.

Qu'il soit systématique ou opportuniste, le repérage s'effectue de plusieurs façons :

- par une question directe : « *Fumez-vous du cannabis ?* », « *Fumez-vous du tabac ?* », « *Est-ce que vous consommez de l'alcool ?* », « *Combien de verres d'alcool buvez-vous un jour ordinaire ?* » ;
- par une question ouverte permettant d'ouvrir le dialogue sans notion de jugement : « *Comment cela se passe avec l'alcool ?* », « *Où en êtes-vous avec le tabac ?* »
- à l'aide de questionnaires qui peuvent aider au repérage des troubles de l'usage : le test court de Fagerström pour le tabac, les tests AUDIT-C ou FACE pour l'alcool, le CAST pour le cannabis, l'ECAB pour les benzodiazépines. Ces différents questionnaires sont disponibles en ligne[26].

Les questions ouvertes laissent plus de liberté de parole au patient et plus de détails sur le mode de consommation de la substance ou sur le comportement en question sont obtenus. Elles sont une des stratégies de communication de l'entretien motivationnel.

Diagnostiquer un trouble de l'usage

Un trouble de l'usage est recherché dès qu'une consommation ou un comportement à risque est repéré(e), même en l'absence de conséquences visibles. Les critères du DSM-5 permettent d'en poser le diagnostic et d'évaluer la sévérité du trouble (cf. supra). Cette évaluation est globale, tenant compte : de l'âge d'initiation des consommations, de leur diversité, du nombre de tentatives d'arrêt antérieures, des médicaments déjà utilisés, de l'existence de dommages sanitaires ou psychosociaux secondaires (troubles liés à l'usage), de comorbidités (notamment psychiatriques) et du contexte social (emploi, isolement, précarité). Cette évaluation aboutit à un diagnostic global de situation partagé avec le patient et, si besoin, avec d'autres professionnels de santé. Elle facilite la mise en place d'une prise en charge la plus adaptée aux ressources éducatives, socio-économiques du patient et du territoire.

Prendre soin des patients présentant une consommation à risque ou un trouble de l'usage : quelques principes généraux

Consommation à risque sans trouble d'usage : intervention brève

Pour les patients chez qui une consommation de tabac, de cannabis ou une consommation à risque d'alcool est repérée, la HAS recommande la réalisation d'une intervention brève en l'absence de trouble d'usage. Cette intervention brève vise à obtenir une réduction de la consommation. L'HAS propose une fiche-outil[27] pour la réalisation de ce type d'intervention [2]. L'intervention brève comprend un retour au patient sur l'évaluation de sa consommation et des éventuels risques associés, une évaluation des attentes du patient et sa motivation à modifier sa consommation, et la définition éventuelle d'objectifs de modification, conjointement avec le patient. Ces interventions ont montré leur efficacité dans la réduction des consommations excessives d'alcool sans trouble d'usage associé et dans l'arrêt du tabac. Le repérage systématique d'une consommation à risque de cannabis et d'autres substances illicites est pertinent quand on peut proposer une prise en charge adaptée.

Trouble de l'usage

Pour les patients chez qui le diagnostic d'un trouble de l'usage est posé, le soin en médecine générale repose sur l'accompagnement au long cours en adoptant une approche centrée sur la personne, empathique et sans jugement. La stigmatisation qui existe encore autour des maladies addictives, sur le plan sociétal et également médical, est en partie à l'origine du recours tardif aux soins de la part de patients qui peuvent avoir honte de leur maladie (auto-stigmatisation) ou qui craignent d'être jugés.

L'approche centrée sur le patient permet de prendre une décision partagée avec le patient sur l'objectif qui lui paraît le plus adapté : abstinence ou réduction de consommation, avec un travail sur la gestion du *craving*. L'objectif de la prise en charge peut être l'arrêt de l'usage, la diminution quantitative de l'usage ou le retour à un usage simple et contrôlé. Plusieurs entrevues sont parfois nécessaires avant que l'objectif de soins soit clairement énoncé. Il est ensuite régulièrement réévalué, l'objectif du traitement et les moyens d'y parvenir pouvant évoluer. La démarche de changement s'inscrit dans le temps ; le médecin généraliste peut la susciter en s'intéressant régulièrement à son patient et à ses modalités de consommation de substances psychoactives.

Tout comme l'objectif de soins, la prise en soin proposée est le fruit d'une décision médicale partagée avec le patient. Celle-ci combine habituellement un traitement médicamenteux, quand il existe, et un soutien psychologique. Des rencontres de suivi fréquentes et programmées augmentent les chances d'atteindre et de maintenir l'objectif de soin, surtout au début de la prise en charge. Celle-ci est parfois pluridisciplinaire avec suivi conjoint par une infirmière formée à l'éducation thérapeutique ou en pratique avancée, un addictologue, un psychologue, un psychiatre, notamment dans le cadre des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Si les patients sont suivis par plusieurs professionnels de santé, une collaboration interprofessionnelle est associée à un meilleur accès aux soins et à des taux d'abstinence plus élevés. Les professionnels de santé peuvent également se coordonner en microstructure médicale « addiction » permettant de proposer aux patients

[26] Par exemple : http://www.addictauvergne.fr/echelle-addiction/.

[27] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte.

inclus, en ambulatoire, un soin coordonné entre médecin généraliste, psychologue et travailleur social.

Pour les patients ayant décidé d'être abstinents, l'arrêt de la substance peut être brutal ou progressif. En cas de choix d'un arrêt brutal, le sevrage peut être réalisé en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation courte et suivi, si le patient le souhaite, d'une « post-cure » pour consolider l'abstinence. Les contre-indications au sevrage ambulatoire sont : (co-)addiction à l'alcool avec antécédent de delirium tremens ou de crise convulsive, comorbidités médicales ou psychiatriques sévères, polyconsommations, précarité sociale, demande du patient. Une fois l'abstinence obtenue, l'objectif de la prise en soin à long terme est la prévention de la rechute.

Pour le patient ayant choisi la réduction des consommations, l'objectif est de travailler sur le contrôle des consommations et de réduire les prises de risque. Pour les patients n'étant pas dans une démarche de changement (n'ayant donc pas d'objectif d'abstinence ou de réduction de consommation), l'accompagnement s'inscrit dans la réduction des risques et des dommages (RdRD) : par exemple, l'utilisation de matériel stérile pour les injections, l'apprentissage de techniques moins nocives pour baser la cocaïne, etc.

Au long cours, le soin est centré sur la prévention de la rechute en aidant le patient à reconnaître les situations à risque et à les gérer, en mobilisant ses compétences acquises dans la gestion du *craving*, en augmentant la prise en charge médicamenteuse ou en ayant recours à d'autres spécialistes si besoin. La prise en charge psychothérapeutique est recommandée, notamment les thérapies cognitivo-comportementales.

Les pathologies duelles sont fréquentes chez les personnes qui présentent un trouble de l'usage. Elles se définissent par la co-occurrence d'un trouble de l'usage et d'une maladie psychiatrique (trouble anxieux, état dépressif caractérisé, trouble de l'humeur, trouble de la personnalité, schizophrénie…). Une prise en charge coordonnée avec un professionnel de la santé mentale est souvent utile, d'autant plus qu'on retrouve dans cette population une prévalence élevée de psychotraumatisme.

L'entretien motivationnel (EM, cf. chapitre 9) est une technique d'entretien particulièrement utile pour l'accompagnement des patients présentant une consommation à risque ou un trouble de l'usage [3]. Dans l'EM, le soignant aide le patient à résoudre ses ambivalences afin de faciliter un changement de comportement. Avant d'établir un plan thérapeutique d'action, il est important d'explorer avec le patient l'importance qu'il accorde au changement de sa consommation et sa confiance dans ses capacités à y parvenir. En effet, quand le patient a des difficultés à estimer l'importance du changement, sa confiance dans sa propre capacité à changer est plus faible et le risque de ne pas atteindre l'objectif de soin est plus élevé. Importance et confiance peuvent être explorées avec une échelle analogique pendant l'entretien : « *Entre 0 et 10, à combien estimez-vous votre confiance dans votre capacité à atteindre l'objectif que nous nous sommes fixés, sachant que 0 signifierait que vous n'avez aucune confiance et 10 vous avez une confiance maximale ?* » Le soignant pourra rebondir sur la réponse du patient pour analyser les freins et les leviers potentiels à l'auto-efficacité : « *Vous dites 6 sur 10. Et pourquoi pas 3 sur 10 ?* »

Les groupes d'entraide, tels que les Alcooliques anonymes ou Narcotiques anonymes, peuvent aider les personnes qui adhèrent aux principes de ces groupes dans la recherche et le maintien de l'abstinence. Dans le cadre des structures de soin ou dans le cadre associatif, les pairs-aidants sont également une approche précieuse dans la prise en soin globale des personnes présentant un trouble de l'usage.

Quelques particularités par produit ou comportement potentiellement addictif

Tabac

Le trouble de l'usage de tabac (cigarettes, tabac à rouler, chicha, tabac chauffé, etc.) est en grande partie lié au pouvoir addictif de la nicotine qu'il contient. La probabilité de passer au cours de la vie d'un usage simple et contrôlé à une addiction a été estimée dans une étude américaine à 67,5 % pour le tabac, 23 % pour l'alcool, 21 % pour la cocaïne et 9 % pour le cannabis [4]. Ainsi, la probabilité qu'un fumeur quotidien de tabac n'ait pas un trouble de l'usage est très faible. Un fumeur quotidien sur deux meurt prématurément de sa consommation, du fait notamment des troubles liés à l'usage chronique que sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. Repérer les fumeurs et leur proposer d'arrêter de fumer est donc une mission de prévention pour le médecin généraliste.

Aucun marqueur biologique ou physiologique n'est nécessaire pour confirmer le diagnostic de trouble de l'usage de tabac une fois qu'il est posé. La mesure du monoxyde de carbone expiré a cependant un intérêt dans le suivi, notamment pour renforcer la motivation du fumeur en cours d'arrêt.

Une revue systématique publiée en 2004 montrait avec un niveau de preuve modéré que seulement 3 à 5 % des fumeurs se maintenaient dans l'arrêt prolongé (6 à 12 mois) après une tentative d'arrêt sans aide médicale ou médicamenteuse [5]. Il existe pourtant des traitements médicamenteux recommandés par les différentes autorités de santé dans l'arrêt du tabac. Les médicaments sont en première intention les traitements de substitution nicotinique : les timbres transdermiques, éventuellement associés à des formes à libération rapide de nicotine (gomme, pastille, comprimé à sucer ou sublingual, spray buccal, inhaleur). Les médicaments indiqués en seconde intention sont le bupropion et la varénicline. Cette dernière a longtemps été sous-prescrite par crainte d'un surrisque de survenue d'événements cardiovasculaires ou d'épilepsie. Les données récentes suggèrent qu'il n'y a pas plus de risques sous varénicline que sans. Les médicaments ont des niveaux de réussite à long terme modestes mais démontrés, augmentant la chance d'arrêter de fumer d'au moins 50 %. Ce succès est amélioré par l'association d'un soutien de thérapie comportementale individuelle (en face-à-face ou par téléphone) à toutes les pharmacothérapies [5].

Les timbres transdermiques et les substituts à libération rapide sont les seuls médicaments pouvant être prescrits à la femme enceinte ou qui allaite ainsi qu'aux mineurs à partir de 15 ans. Ils peuvent être prescrits aussi longtemps que

nécessaire, au minimum 3 mois. En dehors de l'inhaleur de nicotine et du bupropion, ces médicaments sont tous remboursés à 65 % sur prescription. Les timbres transdermiques et les formes orales de libération rapide de nicotine peuvent être prescrits par un médecin (médecin du travail compris), une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute.

La cigarette électronique n'est pas considérée en France comme un médicament. Beaucoup de ses utilisateurs rapportent s'en servir pour arrêter de fumer, bien que son efficacité ne soit pas démontrée dans les études épidémiologiques. Elle ne peut être conseillée en première intention dans l'objectif d'arrêt du tabac. Elle peut en revanche être considérée comme un outil de réduction des risques et des dommages chez le fumeur qui substitue en totalité par son usage celui du tabac. Chez le fumeur qui a commencé à vapoter dans l'intention claire de réduire ou diminuer sa consommation de tabac, cette démarche active de changement doit être valorisée et accompagnée. Le soignant peut par exemple poser des questions soulignant l'expertise acquise par le patient (sur son modèle, le taux de nicotine, les saveurs utilisées), évaluer les stratégies mises en place pour réduire le risque de rechute avec la cigarette électronique, conseiller l'association à des patchs transdermiques de nicotine si l'objectif du patient n'est pas atteint.

Cannabis

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France. En 2017, 44,8 % des adultes âgés de 18 à 64 ans [11] et 39,1 % des adolescents de 17 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Parmi les 18 à 64 ans, 11 % avaient consommé au moins une fois du cannabis au cours des 12 derniers mois et 7 % des jeunes de 17 ans déclaraient au moins dix usages dans les 30 derniers jours [12]. En France, le cannabis est principalement fumé sous forme de joints d'herbe et/ou de résine, mélangée avec du tabac. Le principe actif responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol). Les effets apparaissent environ 15 à 20 minutes après son inhalation.

Les effets aigus sont nombreux, le plus notable étant la prise de risque en termes de conduite automobile et de comportement sexuel, potentialisée par l'alcool. Il existe également un risque cardiovasculaire (surrisque d'infarctus du myocarde après avoir consommé et troubles du rythme voire accidents vasculaires cérébraux). Les effets à plus long terme se rapprochent de ceux observés avec le tabac : risques de cancers (poumon et voies aérodigestives supérieures essentiellement) et maladies respiratoires chroniques [6, 7].

Sur le plan psychosocial, l'usage régulier de cannabis peut entraîner une altération des performances cognitives avec notamment des troubles de la mémoire, des troubles des fonctions exécutives et des difficultés attentionnelles. Cela peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, avec baisse de motivation, difficultés voire désinsertion scolaire ou professionnelle, isolement social, fatigues physique et intellectuelle, difficultés de concentration et de mémorisation [6, 7].

Sur le plan psychiatrique, certains troubles sont plus fréquents chez les personnes ayant une consommation importante de cannabis : troubles anxieux (attaque de panique, *bad trip*), syndrome dépressif, bouffées délirantes aiguës, troubles de la personnalité, troubles psychotiques (notamment schizophrénie). Trouble d'usage d'une substance et trouble psychiatrique étant tous deux multifactoriels, la causalité est extrêmement complexe à établir : le cannabis est susceptible, chez les sujets prédisposés, de révéler ou d'aggraver les manifestations d'une maladie mentale et d'en augmenter les rechutes [8, 9].

Le syndrome de sevrage existe [10] : agitation, irritabilité, anxiété, céphalées, perturbations du sommeil, troubles digestifs, etc. Ces symptômes peuvent se mêler à ceux de l'arrêt du tabac. Ceux-ci régressent après une ou plusieurs semaines et c'est essentiellement la dépendance psychique, plus durable, qui constitue une limite à l'interruption des consommations.

Étant donné l'âge moyen de primo-consommation (15,3 ans) et la tranche d'âge des principaux consommateurs de cannabis (18 à 34 ans), les médecins généralistes ont une place privilégiée pour repérer son usage à risque de manière précoce, en termes d'âge du patient et de parcours de consommation du patient. Les patients, quel que soit leur âge, considèrent que le médecin généraliste est dans son rôle quand il leur pose la question au sujet des consommations et ils sont enclins à répondre honnêtement.

Il n'existe pas de médicament spécifique de la prise en charge d'un trouble de l'usage du cannabis. La nécessité de proposer la prise en charge d'un trouble de l'usage du tabac très fréquemment associé du fait de la consommation conjointe est à évaluer. En fonction du niveau de risque de la consommation, la prise en charge peut aller d'un conseil minimal à un accompagnement plus complexe sur la durée [11]. Être entouré d'un réseau d'aval accessible et fidèle est primordial pour le médecin généraliste, aussi bien pour les prises en charge qu'il assure seul que pour coordonner une prise en charge spécialisée quand c'est nécessaire. Certains centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) proposent des consultations « jeune consommateur » (CJC) particulièrement adaptées à la question de la consommation du cannabis chez les adolescents et jeunes adultes.

Alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. Bien que les chiffres de consommation soient en baisse de manière générale, 10 % des personnes de 18 à 75 ans consomment quotidiennement de l'alcool [14] et 44 % des jeunes de 17 ans ont présenté une alcoolisation ponctuelle importante au cours du mois écoulé [13].

Les risques liés à la consommation d'alcool dépendent des quantités consommées et des circonstances de consommation. Dans le cadre d'une consommation régulière d'alcool, une augmentation de la morbi-mortalité est observée à partir de 100 g d'alcool par semaine, soit dix verres standards [15]. En France, les recommandations actuelles proposent de ne pas dépasser deux verres par jour et ne pas boire tous les jours. Le trouble d'usage de l'alcool est caractérisé comme pour les autres maladies addictives par une modification du comportement global vis-à-vis de l'alcool avec la perte de la capacité de s'abstenir et le développement d'une dépendance.

Les alcoolisations ponctuelles importantes sont associées avec une augmentation du risque d'accident mortel de la route ou de violences physiques et sexuelles. Les consommations régulières au-delà des seuils sont associées avec le développement de maladies cardiovasculaires, digestives, cancéreuses, etc. Cette morbidité liée à la consommation régulière et excessive d'alcool est indépendante de l'existence ou non d'un trouble d'usage de l'alcool. Enfin, certaines circonstances rendent la consommation d'alcool problématique quelle que soit son importance : grossesse, conduite automobile, consommation sur le lieu de travail.

L'objectif des soins dépend de la situation dans laquelle se trouve le patient, notamment l'existence ou non d'un trouble d'usage de l'alcool et de complications liées à la consommation. Dans tous les cas, les propositions de soin sont adaptées à la situation du patient, en particulier à sa motivation au changement qu'il convient d'évaluer [16].

Les interventions brèves ont montré leur efficacité pour aider à la réduction de consommation chez les personnes qui présentent une consommation à risque sans trouble d'usage de l'alcool, avec toutefois l'absence de critère de jugement clinique dans les essais randomisés [16]. Dans le cadre d'un trouble d'usage de l'alcool, l'objectif peut être une réduction de consommation ou un arrêt complet de cette consommation. L'arrêt brutal d'alcool expose à une complication sévère, le delirium tremens. Cette complication du syndrome de sevrage est potentiellement mortelle en l'absence de prise en charge adaptée. La prise en charge du syndrome de sevrage peut être organisée en ambulatoire ou en milieu hospitalier en cas de contre-indication à un arrêt de l'alcool en ambulatoire en particulier : contexte médico-social défavorable ou antécédent d'accident de sevrage. L'accompagnement médical comporte une surveillance rapprochée et la prescription de benzodiazépines, afin d'éviter un syndrome de sevrage physique. Le suivi dans le temps est primordial, avec le recours aux psychothérapies. Une éventuelle rechute est accompagnée comme faisant partie de la maladie addictive.

Il existe des médicaments aidant à maintenir l'abstinence (acamprosate, naltrexone) ou à réduire la consommation d'alcool (baclofène, nalméfène). Le niveau de preuve de leur efficacité est faible [16].

Opioïdes

La population de patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes comprend les patients usagers d'opioïdes illicites (héroïne, opium), mais aussi de médicaments antalgiques opioïdes. Certains usagers d'opioïdes ont développé un trouble de l'usage à partir de la consommation d'opioïdes illicites et font usage dans leur parcours de médicaments antalgiques opioïdes. Le risque de développer un trouble de l'usage à partir de la consommation de médicaments antalgiques opioïdes prescrits au long cours pour une affection douloureuse [17] concernerait jusqu'à 5 % des patients selon les études.

La prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes se différencie de la prise en charge des autres troubles de l'usage des substances psychoactives illicites par l'existence des médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) : la méthadone, la buprénorphine et l'association buprénorphine/naloxone. En 2017, 180 000 patients étaient traités par un médicament de substitution aux opioïdes [18]. De nouvelles formes galéniques de buprénorphine ont été développées, que ce soient des formes à effet retard par injection ou le dépôt d'implants sous-cutanés. Elles ne sont pas encore disponibles à ce jour en France.

Méthadone et buprénorphine ont une efficacité et une sécurité d'emploi reconnues comme équivalentes. Leur efficacité a été montrée dans de nombreux essais cliniques sur la réduction de consommation d'opioïdes illicites, sur l'amélioration de l'insertion socioprofessionnelle et la diminution des infections (VIH et hépatites). Les résultats des méta-analyses des études observationnelles convergent et concluent à un fort effet protecteur de ces médicaments contre la surmortalité [19]. Le choix de traiter par l'un ou l'autre est à ce jour conditionné par la réglementation et les différences attendues dans la prise en charge ultérieure. Les prescriptions de ces traitements se font sur ordonnance sécurisée.

La prescription de buprénorphine et de buprénorphine-naloxone peut être réalisée par tout médecin généraliste, y compris son initiation, en commençant par une petite dose (en général 4 à 6 mg) et en augmentant progressivement par palier jusqu'à 8 à 16 mg par jour. L'initiation du traitement est un moment propice pour favoriser la collaboration entre médecin et pharmacien. Il est possible de prescrire une prise supervisée du médicament à la pharmacie les premiers temps pour optimiser la prise du traitement et favoriser la relation de confiance entre le patient et le pharmacien. Progressivement, les durées de prescription (de quelques jours au départ à 28 jours) sont allongées, quand la posologie est stabilisée. Actuellement, la prescription de méthadone en médecine générale concerne uniquement les renouvellements. Le médecin généraliste prend le relais du CSAPA après contact avec celui-ci et présentation par le patient d'une ordonnance de délégation. Cela nécessite de prendre du temps sur les premières consultations pour faire connaissance avec le patient et son parcours. Quand le patient est stabilisé, il peut être proposé un changement de galénique pour passer de la forme sirop à la forme gélule. Le changement de forme galénique ne peut s'effectuer qu'en CSAPA.

Pour la méthadone, la recherche urinaire des substances psychoactives (produits opiacés, buprénorphine et méthadone) est obligatoire avant l'instauration du traitement, avec l'accord du patient, et la possibilité d'analyses ultérieures au cas par cas. Pour la buprénorphine, cela est recommandé. L'utilisation de tests urinaires de dépistage représente la modalité la plus simple car ils sont utilisables au cabinet du médecin, dans le temps de la consultation, et permettent une lecture immédiate du résultat. L'une des limites de ces tests est leur coût non négligeable. Certains réseaux d'addictologie en proposent à leurs adhérents. L'analyse peut être prescrite au laboratoire.

Les effets indésirables des MSO sont ceux des opioïdes, c'est-à-dire : constipation, nausées et vomissements, somnolence, étourdissements et vertiges, prurit, sécheresse buccale et cutanée, risque de surdose et de détresse respiratoire. Il peut exister un déficit androgénique induit par les opioïdes. Les conséquences cliniques sont des troubles des fonctions

sexuelles, troubles de l'humeur, perte de densité minérale osseuse et modification de la composition corporelle. Enfin, il existe également un risque d'hyperalgésie induite par les opiacés. Ces effets indésirables ne remettent généralement pas en question la balance bénéfices-risques positive de ces médicaments sur le long terme.

Il est important de ne pas interrompre brutalement le traitement de ces patients. Les parcours des patients traités par MSO sont souvent constitués de plusieurs périodes de traitement. Les périodes de rupture de traitement sont associées à un risque de mortalité accrue. Les demandes d'arrêt de traitement ou les interruptions imprévues de suivi sont des périodes à risque pour les patients (risque de décès par overdose consécutive à rechute). L'arrêt du MSO est donc associé à un risque de surmortalité à court terme. Le trouble de l'usage étant une maladie chronique, la prise de traitement se conçoit sur plusieurs années voire à vie. Il n'y a jamais d'urgence à les arrêter. Pour autant, toute demande d'arrêt de traitement est écoutée et analysée. Est-ce le patient qui souhaite arrêter ? Pour quelles raisons ? Si la demande vient du patient et est confirmée après discussion sur les bénéfices attendus du traitement et les risques, un sevrage progressif est planifié et réévalué de façon au moins mensuelle, en surveillant l'apparition du *craving* (pouvant conduire à une rechute), les autres consommations de substances psychoactives et l'état psychique.

Médicaments psychotropes (benzodiazépines)

Les médicaments psychotropes constituent également un groupe de substances exposant à une pharmacodépendance (syndrome de sevrage à l'arrêt) ou à un trouble de l'usage. Ces problématiques sont particulièrement liées aux benzodiazépines anxiolytiques (alprazolam, bromazépam et autres) et hypnotiques (zolpidem, zopiclone). Il s'agit ici de pharmacodépendance ou de troubles d'usage liés à des prescriptions médicales ; il est donc d'autant plus important d'y être vigilant. La survenue d'une pharmacodépendance ou d'un trouble d'usage est liée aux antécédents personnels du patient en termes d'addiction (consommation à risque ou trouble de l'usage), au type de molécule utilisée (demi-vie courte notamment) et à la durée de prescription.

La France est le deuxième pays d'Europe en termes de consommation de benzodiazépines anxiolytiques [20]. En ce qui concerne les médicaments psychotropes de manière générale, en 2017, 21 % des 15 ans et plus avaient bénéficié d'au moins une prescription.

Selon les recommandations de bonnes pratiques, pour éviter l'apparition d'une pharmacodépendance voire d'un authentique trouble de l'usage, la durée de prescription continue d'une benzodiazépine ne doit pas excéder 3 mois pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques. En pratique, les données de pharmacovigilance montrent que 15 % des nouveaux utilisateurs reçoivent des anxiolytiques pendant plus de 3 mois et que 2 % ont des durées de prescriptions supérieures à un an.

Les complications liées à la prise prolongée de ces médicaments sont liées à leurs effets indésirables : altération des fonctions psychomotrices (avec risque de chute pour les personnes âgées), amnésie antérograde, troubles du comportement, altération de l'état de conscience.

La prévention d'une pharmacodépendance ou d'un trouble d'usage de benzodiazépine débute dès la prescription initiale. Il est nécessaire d'informer du potentiel addictif de ces molécules en cas de prise prolongée, de prévoir dès le début un plan de décroissance progressif et d'adaptation thérapeutique avec d'autres thérapeutiques (médicamenteuses ou non) en cas de troubles prolongés. Une augmentation progressive des doses nécessaires pour obtenir une anxiolyse (tolérance) ou les effets négatifs d'une diminution de dose alertent sur le développement d'un trouble de l'usage.

En cas d'apparition d'une pharmacodépendance ou d'un trouble de l'usage, le soin consiste en une diminution très progressive de la benzodiazépine pour limiter les symptômes de sevrage. Un changement pour une benzodiazépine à demi-vie plus longue est possible. Les troubles du sommeil sont un point essentiel à discuter : ils ont souvent motivé la prescription initiale et constituent chez les patients une crainte majeure concernant l'arrêt, à raison puisqu'un effet rebond est souvent observé lors du sevrage en benzodiazépines. L'accompagnement régulier est primordial, en privilégiant les techniques non médicamenteuses de gestion de troubles du sommeil souvent chroniques.

La HAS propose toute une série d'outils pratiques utilisables en consultation[28], afin d'aider à l'arrêt des benzodiazépines, notamment chez les personnes âgées avec des prescriptions de benzodiazépines sur plusieurs années [21].

Addictions comportementales

Les addictions comportementales (ou addictions sans substance) se caractérisent par l'impossibilité de contrôler un comportement (pratique de jeux de hasard et d'argent, de jeux vidéo, d'activités sexuelles, d'exercice physique…). Le seul trouble de l'usage reconnu dans le DSM-5 est le trouble de l'usage des jeux de hasard et d'argent. Le trouble de l'usage des comportements tend à englober d'autres addictions, comme certains troubles des conduites alimentaires par exemple.

La prévalence du jeu pathologique en France serait de 0,5 %. Il n'existe pas de traitement médicamenteux dans cette indication. Le traitement repose sur la psychothérapie et particulièrement la TCC.

Conclusion

Le médecin généraliste est le professionnel de santé qu'un patient présentant un trouble de l'usage ou des troubles liés à l'usage d'un comportement ou de produit psychoactif a le plus de chance de rencontrer. Il est identifié comme un acteur du système de soins ayant la légitimité pour repérer, diagnostiquer ou accompagner la prise en charge. Il dispose d'outils thérapeutiques (médicamenteux ou non médicamenteux), communicationnels (entretien motivationnel) et du temps que lui offre le soin dans la continuité en médecine

[28] https://www.has-sante.fr/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age.

générale pour prendre en charge la plupart des patients dans le cadre du premier recours.

L'objectif et le plan de soins sont décidés conjointement avec les patients, dans le respect de l'approche centrée sur le patient qui est ici, plus que jamais, une nécessité.

Références

[1] Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. exercer 2017;129:24–31.

[2] Haute Autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2014. mis à jour 2021. Disponible sur : www.has-sante.fr/.

[3] Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2e édition. Malakoff: InterEditions ; 2013.

[4] Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug Alcohol Depend 2011;115(1-2):120–30.

[5] Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99(1):29–38.

[6] Laporte C, Hamma S, Dupouy J, et al. Médecins généralistes et cannabis en France : interroger les jeunes sur leur consommation ? exercer 2016;125:120–9.

[7] Karila L, Roux P, Rolland B, et al. Acute and long-term effects of cannabis use: a review. Curr Pharm Des 2014;20(25):4112–8.

[8] Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2019;76(4):426–34.

[9] Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. Schizophr Bull 2016;42(5):1262–9.

[10] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association ; 2013.

[11] Benard V, Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L. Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. Press Med 2015;44(7-8):707–15.

[12] Spilka S, Richard J, Le Nezet O, et al. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Tendances 2018;128.

[13] Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Tendances 2018;123.

[14] Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nezet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Tendances 2015;99.

[15] Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599912 current drinkers in 83 prospective studies. Lancet 2018;391(10129):1513–23.

[16] Maynié-François C, Dupouy J. Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants. Prendre en charge un patient ayant un trouble d'usage de l'alcool en médecine générale. exercer 2019;152:175–81.

[17] Higgins C, Smith BH, Matthews K. Incidence of iatrogenic opioid dependence or abuse in patients with pain who were exposed to opioid analgesic therapy: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth 2018;120(6):1335–44.

[18] Brisacier A-C, Brissot A, Cadet-Taïrou A, et al. Drogues, chiffres clés. 8e édition. OFDT ; 2019.

[19] Santo T, Clark B, Hickman M, et al. The impact of opioid agonist treatment delivered in different settings on all-cause mortality and specific causes of death: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2021;78(9):979–93.

[20] Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Saint-Denis: ANSM ; 2017.

[21] Haute Autorité de santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations professionnelles., 2007, Saint-Denis: HAS.

Chapitre 21

Le patient en soins palliatifs, fin de vie

Benoit Tudrej

PLAN DU CHAPITRE

Définition 177
Une prise en charge globale 178
Pathologies fréquentes des soins palliatifs . . . 180
Fin de vie, que dit la loi ? 184
Conclusion 185

Définition

Pour la première fois en 2014, une résolution mondiale a été adoptée sur les soins palliatifs (WHA67.19), résolution par laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé l'Organisation mondiale de la santé et les États membres à « *améliorer l'accès aux soins palliatifs en tant qu'élément essentiel des systèmes de santé, en mettant l'accent sur les soins primaires, communautaires et à domicile* [1]. »

Bien que les soins palliatifs soient explicitement reconnus au titre du droit de l'homme à la santé, l'OMS estime que seules 14 % des personnes nécessitant ces soins y ont aujourd'hui accès dans le monde, alors que ces besoins sont croissants avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles [1].

Pour améliorer l'accès aux soins palliatifs, certains obstacles restent à lever. Le premier concerne la représentation culturelle de la prise en charge palliative. Comme le rappelle la dernière définition de 2002 de l'OMS citée ci-dessous, les soins palliatifs ne sont pas réservés aux malades de cancer ou aux patients dans les dernières semaines de vie [1].

Définition des soins palliatifs (OMS, 2002)

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle :

- *par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision ;*
- *par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.*

Les soins palliatifs :

- *procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal et n'entendent ni accélérer ni repousser la mort ;*
- *intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients ;*
- *proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort ;*
- *offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil ;*
- *utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil ;*
- *peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie ;*
- *sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie ;*
- *incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes de manière à pouvoir les prendre en charge. »*

WHO. National Cancer Control Programmes, policies and managerial guidelines, 2nd edition. 2002. Traduction de S. Pautex et G. Zulian.

Les soins palliatifs sont par définition interdisciplinaires. Ils prennent en charge une personne et accompagnent ses proches.

Quelle que soit l'issue de la maladie évolutive, la mort, la rémission ou la guérison, les soins palliatifs peuvent « *coexister avec les traitements spécifiques de la maladie causale* » [2] et débuter dès l'annonce du diagnostic. Le projet de soins est continuellement réévalué et fait l'objet d'un « *consensus entre l'équipe soignante, le patient et ses proches si le patient le souhaite* » [2].

Ainsi, les soins palliatifs s'intègrent précocement et en appoint dans la prise en charge d'une maladie, jusqu'à en prendre progressivement une part prépondérante. Plus la maladie avance, plus les soins palliatifs peuvent devenir prioritaires selon les besoins et les souhaits des patients.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Ce chapitre est centré sur la prise en charge par les médecins généralistes des soins palliatifs chez les adultes en ambulatoire.

Une prise en charge globale

Trois principes constants en soins palliatifs

- Toujours partir du point de vue du patient (besoins, priorités, souhaits).
- Évaluer avec rigueur et précision toutes les dimensions de sa souffrance.
- Mobiliser les compétences et connaissances d'intervenants de professions différentes et travailler de manière interdisciplinaire.

Quels sont les professionnels impliqués dans la prise en charge ?

Tous les professionnels de santé peuvent être concernés par la prise en charge en soins palliatifs : médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, psychologues, assistants sociaux, etc. Le principe de la prise en charge palliative est d'identifier le professionnel de santé le plus pertinent pour répondre à un besoin spécifique. Une souplesse des professionnels de santé dans l'organisation des soins est nécessaire pour répondre aux enjeux singuliers de chaque situation. Au-delà des professionnels de santé, il est important d'impliquer les associations et les bénévoles formés aux soins palliatifs participant aux soins, et aussi d'accompagner les patients et leurs proches. Le secteur social et les représentants des cultes peuvent également participer et être impliqués dans ce processus.

La multitude des intervenants possibles est parfois inhabituelle pour les médecins. Elle implique de toujours s'enquérir de l'accord des patients quand cela est possible. Une coordination de l'ensemble des intervenants est nécessaire pour une cohérence de la prise en charge et une adaptation constante aux nouveaux besoins des patients. Le médecin généraliste joue le plus souvent le rôle de coordinateur des soins, mais ce rôle ne lui revient pas de fait. D'autres personnes ou profils peuvent être désignés par les patients ou leurs proches et les rôles de chaque intervenant peuvent évoluer au cours de la prise en charge.

Réévaluer constamment les besoins et préférences des patients

Quel que soit le stade d'évolution de la maladie, les décisions de soins sont fondées sur une appréciation des besoins et des préférences des patients. Cette exigence engage les professionnels à réévaluer très régulièrement les prises en charge.

Les échanges avec les patients reposent sur l'analyse du rapport bénéfices-risques des options possibles pour soulager les souffrances et optimiser la qualité de vie.

Les ambivalences des patients sont importantes à identifier et respecter. Cela implique de pouvoir adapter certaines prises en charge même si elles peuvent parfois paraître contradictoires.

Le sens donné aux soins est aussi important que les soins eux-mêmes, car il témoigne du pouvoir des patients à vivre en accord avec leurs valeurs. Il est primordial de conserver une approche centrée sur le patient pour éviter une maltraitance ordinaire qui prioriserait les habitudes médicales ou les valeurs des professionnels de santé au détriment du bien-être des patients.

La souffrance totale

Cette notion s'incarne particulièrement dans le champ des soins palliatifs car elle ne s'intéresse pas uniquement à la douleur comme symptôme. La souffrance étant subjective, une attention particulière est donnée au récit des patients, à leur vécu. En s'intéressant à la vision des patients et non à celle que les médecins se font de la maladie, cette approche de médecine narrative oblige les soignants à une prise en charge centrée sur le patient. L'approche médicale devient celle d'aider à vivre jusqu'à la mort, sans médicaliser ce qui n'a pas à l'être.

En 1967, Cicely Saunders a proposé le concept de *total pain* ou « souffrance totale » qui inclut **quatre composantes** intimement liées [3].

La souffrance totale

- Souffrance physique.
- Souffrance émotionnelle.
- Souffrance sociale.
- Souffrance spirituelle.

L'approche des soins palliatifs par Cicely Saunders

"*You matter because you are you*;
And you matter to the last moment of your life.
We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die."
« Vous êtes important parce que vous êtes vous ;
Et vous comptez jusqu'au dernier moment de votre vie.
Nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir, non seulement pour vous aider à mourir en paix mais aussi pour vivre jusqu'à votre mort. »
Cicely Saunders
(Traduction par l'auteur.)

Douleurs physiques

La douleur physique joue un rôle majeur dans la souffrance totale. Elle est probablement la plus facile à appréhender par la médecine parce que les médecins connaissent des thérapeutiques éprouvées pour réduire cette dernière.

Réduire les douleurs physiques est un prérequis pour permettre aux personnes de vivre, d'entretenir un échange

avec le monde et ne pas s'isoler dans la souffrance. Cela permet aux patients d'être acteurs de décisions les concernant et d'exercer leur autonomie.

Souffrance psychologique

La souffrance psychologique résulte de la perception qu'a la personne de sa mort prochaine. Les personnes peuvent passer par de nombreuses émotions et sentiments différents, parfois vécus comme des phases.

Les patients parcourent différents chemins entre les maladies comme certains troubles anxieux, des troubles dépressifs, des processus de deuils ou de résilience, des émotions fortes de tristesse, de colère, de peur, de dégoût ou même de joie.

Souffrance sociale

Le pronostic de fin de vie impacte bien sûr la personne directement concernée, mais également tout son entourage et les personnes qu'il va rencontrer. Dans ce contexte singulier, les mots sont parfois difficiles à trouver, les gestes peuvent être maladroits. Les intentions bienveillantes sont parfois maladroitement exprimées. S'approcher d'une personne en fin de vie peut mettre mal à l'aise. Le patient peut ressentir tout cela. Un des risques est que le patient s'isole pour mettre fin aux souffrances que tout cela peut provoquer.

Souffrance spirituelle

La souffrance spirituelle fait référence à la quête du sens de la vie, de la peur de la mort. Elle ne se résume pas à une approche religieuse. Celle-ci peut parfois être remise en doute par certains patients. Il est du rôle des professionnels de santé de reconnaître une angoisse existentielle. Elle peut se manifester en des symptômes somatiques (douleurs, troubles digestifs, malaises…) ou psychiques (anxiété, insomnies, troubles dépressifs…). La prise en charge passe notamment par une écoute active et un soutien continu dans la durée. Cette prise en charge spécifique est souvent la plus difficile pour les médecins qui peuvent se sentir moins légitimes dans cet accompagnement. Toutefois, il semble que la prise en charge de la souffrance spirituelle ne peut pas être simplement transférée à des représentants de cultes, car ces quatre types de souffrance sont reliés et s'influencent.

Les proches

Les proches ont une place importante en soins palliatifs. La famille et les aidants proches au sens large sont identifiés, écoutés et soutenus. Avec l'accord du patient, ils sont informés de la maladie, de son évolution, des complications attendues et des choix thérapeutiques. Ils sont considérés comme des partenaires à part entière, avec le degré d'implication qu'ils souhaitent. Le support des proches peut se prolonger après le décès du patient par un suivi de deuil [4].

Une attention particulière est portée à la structure familiale et des proches en général. Cela permet d'identifier les rôles de chacun dans l'équilibre familial, la place que chacun veut occuper et la place que le patient souhaite leur donner.

Aidants

La définition d'un aidant n'est pas figée et est singulière à chaque situation. Globalement, on peut considérer que le terme « aidant » concerne les personnes qui accompagnent un proche (parent, conjoint, enfant, ou autre) dont l'autonomie ou l'état de santé nécessite une aide.

Les aidants peuvent réaliser de nombreuses tâches et actions, avec les patients ou en leur nom. Cela peut aller de l'accompagnement des patients dans des démarches médicales, administratives, à la gestion des soins au domicile.

Un aidant n'est pas forcément la personne de confiance choisie par le patient (cf. infra).

Souffrance des aidants

Un équilibre subtil et parfois difficile est à trouver pour que les aidants ne souffrent pas de leur position nouvelle.

Dans le souci d'encourager les aidants à préserver du temps pour eux, de maintenir leur santé, la loi du 13 février 2018 a créé un dispositif de don de jours de repos non pris au bénéfice des proches aidants de personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Ce don de jours de repos permet au salarié qui en bénéficie d'être rémunéré pendant qu'il s'occupe d'un proche. Il existe également un congé de proche aidant permettant à un salarié de s'absenter jusqu'à un an pour accompagner un proche en perte d'autonomie mais il n'est pas rémunéré [5].

Des formations pour les aidants

Depuis les années 2000, des associations proposent aux aidants des actions d'information, de sensibilisation, des temps d'échange, des groupes de parole, etc.

Ces associations organisent également des formations pour mieux appréhender les bouleversements que représente la perte d'autonomie d'un proche. Ces formations aident également les aidants à identifier leurs besoins et les limites de leurs actions, à trouver leur place avec les professionnels ou concilier leur vie d'aidant avec leur vie personnelle ou sociale [5].

La personne de confiance

La personne de confiance a pour mission de donner un avis ou de faire part des décisions du patient à l'équipe médicale. Elle doit donc connaître les volontés du patient. La personne de confiance peut être un membre de la famille ou non. Le médecin généraliste peut également être désigné. La désignation se fait par écrit, le plus souvent lors d'hospitalisation. Elle peut se faire sur papier libre à tout moment. La désignation peut également être annulée ou modifiée à tout moment.

Le médecin traitant joue un rôle important dans l'information des patients sur l'intérêt de désigner une personne de confiance. Il est utile de notifier dans le dossier médical le choix du patient avec la date où cette information a été enregistrée [6].

Pathologies fréquentes des soins palliatifs

Bonnes pratiques

La prise en charge en soins palliatifs implique la coordination d'une multitude de professionnels et d'autres intervenants. Pour optimiser l'efficacité des prises en charge et pouvoir répondre rapidement aux pathologies fréquentes, il est souhaitable de mettre en place un projet de soins régulièrement réévalué. Le dossier médical du patient est tenu à jour par l'ensemble des professionnels.

Pour anticiper les situations d'urgence, des protocoles et des prescriptions anticipées peuvent être proposés. Une trousse d'urgence avec les médicaments utiles par voie orale et/ou injectable peut être préparée. Cela concerne généralement les antalgiques dont les morphiniques, des anxiolytiques, des neuroleptiques, des corticoïdes…

L'ensemble des symptômes présentés par les patients est intriqué et il convient de tenir compte des différentes composantes de ces symptômes : physique, psychique, sociale et spirituelle.

Autant que possible, les traitements étiologiques sont à proposer au patient. Une évaluation de la balance bénéfices-risques est présentée aux patients afin qu'ils puissent se prononcer sur l'acceptabilité de ces traitements.

En cas de difficultés avec les prises en charge, faire appel à une équipe spécialisée ou à d'autres confrères fait partie des bonnes pratiques.

La section ci-dessous s'intéresse à des symptômes fréquents mais ne constitue pas une liste exhaustive des problèmes de santé ou prises en charge possibles [2].

La douleur

Évaluation

Les causes de la douleur sont multiples en soins palliatifs. Prendre le temps d'une évaluation attentive de la plainte douloureuse pour adapter la prise en charge est nécessaire.

Le bilan de la douleur évalue :

- les causes de la douleur : les professionnels doivent être vigilants quant aux manifestations douloureuses de l'angoisse ; il est recommandé de rechercher une dépression ou des troubles anxieux qui nécessiteraient une prise en charge spécifique ;
- les mécanismes de la douleur : nociceptives, neuropathiques, psychogènes… ;
- les topographies de la douleur : les mécanismes physiopathologiques peuvent être différents selon les régions du corps ; ceci est particulièrement important pour adapter certaines manipulations des patients lors des soins ;
- l'intensité des douleurs : il existe pour cela une multitude de méthodes à partir de l'interrogatoire, de l'examen clinique ou en utilisant des échelles d'auto- ou hétéroévaluation (tableau 21.1) ;
- le retentissement de la douleur sur le patient et son entourage.

Traitements

Le traitement de la douleur passe par la conviction du patient que l'ensemble de l'équipe soignante s'engage pour le soulager.

Traitements médicamenteux

Pour les mesures médicamenteuses (tableau 21.2), la voie orale est favorisée quand cela est possible et la douleur est prévenue, quand cela est possible, sans attendre qu'elle survienne. Comme toujours, les doses minimales efficaces sont recherchées.

Lorsque la douleur nécessite l'emploi de la morphine, une titration est mise en place pour adapter au mieux la gestion de la douleur et des effets secondaires. Les voies orale, transdermique ou intraveineuse (notamment si le patient porte une chambre implantable) peuvent être utilisées selon les préférences des patients (tableau 21.2).

Jusqu'à 30 % des patients souffrent d'un échappement thérapeutique aux opioïdes. Lorsqu'un changement d'opioïde est recommandé (cf. encadré), les ratios de changement son utilisés en se fondant sur les fourchettes basses. Il existe des tables de conversion comme l'outil Opioconvert disponible en ligne [7]. Pendant le changement d'opioïde, il est préférable de prescrire des interdoses pour adapter au mieux la posologie.

Tableau 21.1 **Exemple d'échelles d'évaluation de la douleur.**

Autoévaluation	Échelles unidimensionnelles d'intensité	– Échelle numérique – Échelle verbale simple – Échelle visuelle analogique (EVA) – Échelle des visages – Échelle des jetons …
	Échelles multidimensionnelles	– Questionnaire de Saint-Antoine …
Hétéroévaluation	Échelles unidimensionnelles d'intensité	– Échelle des visages …
	Échelles comportementales	– Doloplus – Algoplus – ECPA …
Outils spécifiques	Douleurs neuropathiques	– Questionnaire DN4

Tableau 21.2 **Traitements médicamenteux antalgiques selon le type de douleurs.**

Douleurs nociceptives	Palier 1	Paracétamol Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
	Palier 2	Codéine Tramadol Buprénorphine
	Palier 3	Morphine
Douleurs neuropathiques	Antidépresseurs tricycliques	Amitriptyline Clomipramine Imipramine
	Antiépileptiques	Gabapentine Prégabaline
	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)	Duloxétine Venlafaxine
Douleurs psychogènes	Anxiolytiques	Benzodiazépines
	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	Fluoxétine Paroxétine Venlafaxine
	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)	Duloxétine Venlafaxine

Indications de changement d'opioïde (HAS, 2020) [8]

Il est recommandé de changer d'opioïde en cas :
- de douleur non contrôlée malgré un traitement opioïde à dose suffisante bien conduit (< 30 % de soulagement ou EN ≥ 5/10) ;
- et/ou :
  - de phénomène de tolérance ;
  - d'effets indésirables « importants » liés au traitement opioïde (grade 3 ou 4 sur une échelle allant de 0 à 4) ;
  - de nécessité médicale (insuffisance d'organe susceptible d'interférer avec la pharmacocinétique du traitement, interactions médicamenteuses).

Co-antalgie et traitements de support

En cas d'inefficacité des traitements morphiniques, une attention particulière est portée sur la composante cognitive et émotionnelle de la douleur.

D'autres mesures co-antalgiques peuvent être utilisées comme des traitements chirurgicaux, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie. En parallèle, d'autres stratégies antalgiques peuvent soulager les patients comme l'écoute active, la masso-kinésithérapie, la balnéothérapie, la psychothérapie, la relaxation, la méditation, l'hypnose, l'art-thérapie…

Enfin, pour limiter les expositions aux soins douloureux, il est préférable de regrouper les soins, notamment pour limiter les diverses mobilisations. À chaque étape de soins, l'équipe doit s'interroger sur la pertinence des soins proposés en lien avec la douleur provoquée par ces derniers.

Douleurs rebelles et réfractaires

La douleur rebelle est définie comme « *une douleur n'ayant pas répondu aux thérapeutiques habituelles mais pour laquelle des solutions antalgiques peuvent encore exister* » *(HAS)*.

On parlera de douleur réfractaire pour la douleur qui ne cède pas sous traitement ou pour laquelle certains traitements ne sont pas utilisables. C'est dans ce cas que la loi autorise l'utilisation de traitements analgésiques et sédatifs chez le malade en phase avancée ou terminale « *même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie* ». On parle alors de double effet du traitement [8]. Ce terme est discuté aujourd'hui, certains travaux suggérant qu'un traitement antalgique même à une très forte posologie pouvait parfois paradoxalement allonger la survie en diminuant les réactions inflammatoires liées à la douleur.

Des traitements par des équipes spécialisées

En cas de douleur rebelle pour laquelle les opioïdes ne fonctionnent pas, un relais par méthadone, par kétamine, par des blocs périphériques, par une antalgie intrathécale ou par une analgésie péridurale peut être envisagé. Bien que rares, ces traitements peuvent être menés au domicile des patients. Ils sont introduits, suivis et adaptés par une équipe spécialisée dans la prise en charge de la douleur. Le médecin traitant peut identifier les effets secondaires de ces traitements et être vigilant sur les risques d'interactions médicamenteuses avec les autres traitements en cours.

Sédations

Il faut différencier deux types de sédation (HAS, 2020) [8] :
- les sédations proportionnées ;
- les sédations profondes et continues provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (SPCMD).

Les sédations proportionnées se veulent adaptées en profondeur et en durée au soulagement du symptôme. Elles peuvent être courtes avec une dose initiale unique. Dans d'autre cas, elles peuvent être prolongées jusqu'au décès, mais « *ne sont donc pas forcément profondes et restent réversibles si elles ne sont plus nécessaires au soulagement* » (HAS, 2020).

L'adaptation de la posologie se fait en tenant compte de la profondeur de la sédation à partir :
- d'une échelle de vigilance-agitation (*Richmond Agitation-Sedation Scale*, RASS) ;
- du degré de soulagement du patient évalué par des échelles d'hétéroévaluation ;
- de l'apparition d'effets indésirables (réveils, syndromes confusionnels, dépression respiratoire…).

Le midazolam par voie intraveineuse est indiqué en première intention. Les posologies et les modalités d'utilisation par les médecins sont précisées dans la fiche outil annexée à la recommandation HAS de 2020[29] [8].

Les sédations profondes et continues provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (SPCMD) impliquent que « *les traitements de maintien artificiel en vie,*

[29] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151238/fr/fiche-sedation-pour-le-medecin-generaliste.

dont la nutrition et l'hydratation, doivent être arrêtés ». La mise en place d'une SPCMD nécessite obligatoirement une procédure collégiale. Une recommandation HAS spécifique fixe les indications, le processus de décision, l'organisation, l'évaluation et la surveillance d'une SPCMD [9].

La SPCMD en ambulatoire est toujours organisée en collaboration avec une équipe spécialisée en soins palliatifs car une attention particulière est accordée à la faisabilité opérationnelle en dehors du milieu hospitalier. Elle tient compte de la disponibilité médicale, de la possibilité d'accompagner les proches ou de la disponibilité d'un lit de repli à l'hôpital en urgence en unité de soins palliatifs si besoin [8].

Conditions de mise en œuvre d'une SPCMD à domicile (HAS 2020) [10]

- Procédure collégiale préalable définie par voie réglementaire.
- Présence d'un médecin lors de la titration.
- Médecin joignable 24 heures/24 avec possibilité de visites médicales à domicile.
- Personnel formé aux techniques, à l'administration et à la surveillance des thérapeutiques utilisées.
- Équipes ou réseau de soins palliatifs associés même si HAD.
- Disponibilité d'un lit de repli, de préférence en USP, ou à défaut dans un service ayant une bonne maîtrise des pratiques sédatives.

Asthénie et immobilité

L'asthénie apporte un risque de retentissement psychologique et social important chez le patient et ses proches. La réduction de la mobilité représente souvent un tournant évolutif dans la perte d'autonomie.

La prise en charge consiste essentiellement à limiter les facteurs favorisant l'asthénie tout en respectant les désirs d'autonomie et de participation du patient. Les causes iatrogènes sont également à discuter en réévaluant avec le patient les indications des traitements et l'acceptabilité des effets secondaires.

L'aménagement de l'environnement est à mettre en place avec notamment la prescription de matériel médical pour réduire les complications liées à l'immobilité comme les escarres et optimiser le confort. L'immobilité s'accompagne également de complications à prévenir et ou traiter, comme les escarres, les thromboses veineuses, la constipation, l'encombrement respiratoire.

Anxiété

L'anxiété peut se manifester par une multitude de symptômes, qu'ils soient somatiques ou psychiques.

Une évaluation de ses causes et de son intensité est primordiale pour proposer une prise en charge adaptée. Si l'état de santé du patient le permet, l'écoute active est une solution à privilégier d'emblée. Elle implique d'identifier les craintes du patient et de légitimer ses émotions.

Si cela est nécessaire, un traitement par benzodiazépines à demi-vie courte est possible pour soulager les manifestations somatiques et psychiques de l'anxiété. Si les accès anxieux se répètent fréquemment, un traitement par antidépresseur est à évaluer.

Dépression

L'écoute active permet de distinguer les émotions, les sentiments et le syndrome dépressif.

Il est attendu que les patients ressentent de la tristesse dans un contexte de soins palliatifs. Celle-ci peut être très intense et il est légitime pour les soignants de les accompagner. Le syndrome dépressif est caractérisé par une perte d'intérêt et de plaisir pour presque toutes les activités de la vie quotidienne et dure au moins 2 semaines. Le recours à un psychologue ou un psychiatre aide à discriminer les troubles et proposer une prise en charge spécifique adaptée.

Enfin, le risque suicidaire n'est pas nul et est régulièrement réévalué.

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont recherchés systématiquement, notamment chez les patients alités, car la carence de sommeil peut majorer l'anxiété et les douleurs. Les soignants doivent respecter le sommeil du patient pour ne pas perturber son rythme nycthéméral.

Comme dans tout autre contexte, le type de trouble du sommeil est à analyser pour discriminer une part anxieuse (difficultés d'endormissement) d'une part dépressive (réveil en milieu de nuit ou réveil précoce) (cf. chapitre 24).

Les indications de traitements médicamenteux sont similaires à ceux de la population générale.

Syndromes confusionnels

Fréquent en soins palliatifs, le syndrome confusionnel doit être identifié et pris en charge rapidement car il est une source d'anxiété importante pour le patient et pour ses proches.

Les causes peuvent être iatrogènes (médicamenteux ou toxiques), métaboliques (dont la déshydratation) ou mécaniques (rétention aiguë d'urines ou fécalome). En cas de cause médicamenteuse, une réévaluation de la balance bénéfices-risques du traitement est nécessaire et/ou une recherche des doses minimales efficaces est établie.

Les soins de supports (massages, musicothérapie…) peuvent également améliorer le syndrome confusionnel. Les soignants expliquent au patient et à son entourage ce qui est en train de se passer. Une attention particulière à l'environnement sonore et visuel peut également apporter une diminution des symptômes.

En cas d'échecs des traitements étiologiques, un traitement médicamenteux peut être envisagé par neuroleptiques ou benzodiazépines.

Sécheresse de la bouche

L'état des lèvres, de la voix, de la salivation, de la déglutition et de la cavité buccale mérite une évaluation quotidienne. Ces atteintes peuvent provoquer un grand inconfort, des douleurs et une dénutrition.

Les soins locaux quotidiens non traumatisants comme le brossage dentaire ou le nettoyage des prothèses dentaires, doivent avoir lieu après chaque repas.

De nombreuses techniques permettent de maintenir une humidité des muqueuses, comme sucer de l'eau gélifiée ou des glaçons, appliquer des compresses humides sur les lèvres, utiliser un brumisateur ou des sprays aromatisés…

Les bâtonnets de gras permettent de lutter contre la sécheresse de la bouche et les baumes hydratants préviennent les lèvres fissurées.

Escarres

Les principes de la prise en charge des escarres en soins palliatifs résident dans une prévention des risques, pour limiter l'extension des escarres et soulager la douleur et l'inconfort.

Les mesures de prévention sont classiques : réduction de la pression en évitant les appuis prolongés en favorisant les changements de position, les verticalisations tant que cela est possible, et les matelas anti-escarres.

Une sensibilisation des proches et des aidants permet d'améliorer le confort des patients au domicile.

Prurit

Les soins cutanés permettent de lutter contre le prurit occasionné par la sécheresse cutanée. L'utilisation d'émollients est recommandée. Les soins et l'immobilisation favorisent la peau humide. Le séchage soigneux par tamponnement permet la plupart du temps d'éviter les complications et l'inconfort. En cas de prurit localisé, les dermocorticoïdes peuvent être proposés.

Dyspnée

Les étiologies des dyspnées sont multiples. Quelle qu'en soit la cause, si le traitement étiologique est possible, il doit être discuté. Si ce choix n'est pas retenu, des traitements symptomatiques comme des corticoïdes pour une cause compressive ou des bronchodilatateurs pour une cause obstructive peuvent être proposés. En cas d'anxiété, les benzodiazépines de courte demi-vie peuvent accompagner une prise en charge non médicamenteuse.

Enfin, en cas de sécrétions bronchiques très abondantes, la réduction des apports hydriques et nutritionnels est à envisager. En cas d'échec, la scopolamine par voie sous-cutanée est une option. L'oxygénothérapie peut être un traitement associé en cas d'hypoxie avérée en favorisant un traitement discontinu aux lunettes plutôt qu'au masque.

En cas d'inefficacité de ces thérapeutiques, des opioïdes peuvent être envisagés en portant une attention particulière à l'âge et l'état respiratoire des patients. Une titration permet d'adapter les dosages en surveillant la fréquence respiratoire.

Enfin, en cas de dyspnée asphyxique, la morphine peut être utilisée pour réduire la fréquence respiratoire et des benzodiazépines pour réduire l'anxiété. Un accompagnement de l'équipe soignante est nécessaire pour faire face et prévoir en amont les traitements à utiliser en urgence. Les proches doivent également être accompagnés devant l'imminence de la fin de vie du patient.

Dysphagie

En cas de dysphagie, la sécheresse des muqueuses est recherchée et traitée.

En cas de troubles de déglutition, les textures pâteuses ou gélifiées permettent de réduire les risques de fausses routes. Les conditions d'alimentation jouent également un rôle important. Il est préférable d'envisager les repas en position assise dans un environnement calme et en respectant le rythme du patient.

Selon l'espérance de vie du patient et son acceptabilité, une rééducation oropharyngée est possible. En cas d'obstruction, après avoir discuté de la possibilité d'un traitement étiologique, les corticoïdes sont une option. En cas d'échec, d'autres traitements interventionnels peuvent être envisagés comme la dilatation endoscopique ou la pose d'une endoprothèse œsophagienne.

Enfin, si une alimentation artificielle est retenue, une alimentation entérale (par sonde nasogastrique ou gastrostomie) ou parentérale peut être discutée. S'il est retenu de ne pas poursuivre l'alimentation artificielle, la décision doit être expliquée à la famille.

Nausées, vomissements

Les causes sont souvent plurifactorielles.

En premier lieu, une cause iatrogène est recherchée. Les traitements médicamenteux sont réévalués et une adaptation de posologie peut parfois suffire. Quelquefois, il est nécessaire de fractionner les apports. En parallèle, limiter les facteurs favorisant les réflexes nauséeux réduit l'inconfort : les mobilisations, les odeurs…

En dernier recours, une alimentation par sonde nasogastrique ou une gastrostomie est discutée, notamment si la cause est digestive.

Déshydratation

La déshydratation est fréquente, particulièrement en phase ultime. La réhydratation parentérale n'est pas systématique lorsque la voie orale devient impossible.

En cas de décision de ne pas réhydrater le patient, une diminution progressive des traitements médicamenteux est envisagée, tout particulièrement les opioïdes. En parallèle, les soins de bouche sont renforcés.

En cas de réhydratation parentérale, la voie sous-cutanée est privilégiée si le patient ne présente pas d'abord veineux préalable.

Troubles du transit

Afin de prévenir la constipation, l'activité physique et une alimentation riche en fibres, tant qu'elles sont possibles, sont encouragées.

L'exonération est favorisée par le respect d'une alimentation selon un rythme des repas agréable et adapté aux envies de chaque patient, et le respect du rythme de défécation du patient.

Si un traitement médicamenteux est nécessaire, les laxatifs de contact ou osmotiques sont une option. En cas de présence d'un fécalome, les suppositoires laxatifs associés ou non à des lavements sont proposés. Si cela devient nécessaire, une extraction manuelle est possible et une sédation est discutée.

Le traitement d'une occlusion intestinale est d'abord chirurgical. Si ce choix n'est pas retenu, les traitements standards sont à pratiquer.

Le traitement des diarrhées est d'abord étiologique quand cela est possible. L'adaptation des traitements, du régime alimentaire, peut parfois suffire. Si un traitement médicamenteux est nécessaire, le lopéramide est le traitement de première intention.

Dans ces situations, une attention particulière aux soins d'hygiène est apportée.

Fin de vie, que dit la loi ?

L'organisation de la fin de vie en France est le fruit d'un tuilage de plusieurs lois.

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, dite « Loi Kouchner », a instauré le droit à la sédation et stipule que « *la personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique* ». Elle a instauré le droit à l'accès aux soins palliatifs définit comme : « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.* »

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi de démocratie sanitaire » a lancé un plan de développement des soins palliatifs en affirmant que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci est dans toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ».

En 2005, la loi n° 2005-370, dite « Loi Leonetti », relative aux droits des malades et à la fin de vie apporte de nouveaux droits aux malades en fin de vie. Cette loi souhaite également lutter contre l'acharnement thérapeutique et améliorer la prise en charge en soins palliatifs.

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite « Loi Claeys-Leonetti », renforce le droit des malades sur les directives anticipées et la sédation, améliore l'expression de la volonté du malade et renforce les devoirs des médecins.

Enfin, en septembre 2022, le comité consultatif national d'éthique a émis un avis relatif aux situations de fin de vie, considérant qu'il existe « *une voie pour une application éthique de l'aide active à mourir* ». Une concertation nationale doit recueillir l'avis des parties prenantes avant une potentielle évolution du cadre légal.

L'obstination déraisonnable

La loi affirme que les médecins ont le devoir de ne pas entreprendre ou de suspendre les actes d'obstination déraisonnable, sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient et selon le respect d'une procédure collégiale.

Ainsi, les traitements, qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ne doivent pas être entrepris ou doivent être suspendus. Depuis la loi de 2016, la nutrition et l'hydratation artificielles sont considérées comme des traitements.

La loi a également intégré la notion du double effet des traitements avec la priorité donnée au soulagement de la douleur réfractaire : « *Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.* »

Le refus de l'acharnement thérapeutique

La Loi Claeys-Leonetti de 2016 a renforcé le refus de l'acharnement thérapeutique en simplifiant la demande pour les patients.

Patients en capacité de s'exprimer

Pour les patients en capacité de s'exprimer, le médecin respecte la volonté de la personne malade et réitère sa décision après un délai considéré comme raisonnable. Le médecin se doit de vérifier la compréhension de la décision et peut faire appel à un autre membre du corps médical. Il n'est plus attendu du médecin qu'il tente de convaincre le malade.

Patients en incapacité de s'exprimer

Pour les patients en incapacité de s'exprimer, la limitation ou l'arrêt de traitements susceptibles d'entraîner son décès ne peut être réalisé(e) sans le respect d'une procédure collégiale et le respect des directives anticipées.

Si le patient n'a pas rédigé de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter la personne de confiance, la famille ou les proches. Le médecin doit s'enquérir de ce que les proches savent des souhaits du patient. Il ne s'agit pas de respecter les souhaits des proches qui peuvent être en contradiction avec ceux du patient et peuvent, qui plus est, être divergents au sein d'une même famille.

La décision de limitation ou d'arrêt des soins reste une décision médicale.

Les directives anticipées

Les directives anticipées peuvent être rédigées par toute personne majeure « *pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté* ».

Les personnes peuvent indiquer leurs souhaits sur leur fin de vie, comme la limitation ou l'arrêt des traitements. Elles peuvent concerner des situations imprévisibles et prévisibles. Il n'existe pas de durée de validité ou de délai nécessaire pour leur application.

Les directives anticipées priment sur l'avis de la personne de confiance, de la famille ou des proches. Elles s'imposent aux médecins. Il existe cependant deux clauses exclusives : l'urgence vitale le temps de faire un diagnostic, et si manifestement les directives anticipées sont inappropriées ; cela doit dans ce cas être évalué par une décision collégiale.

Les directives anticipées peuvent être rédigées sur papier libre. Le document, manuscrit ou dactylographié, doit être daté et signé. Pour aider à leur rédaction, des modèles sont proposés sur le site internet service-public.fr [11].

Les patients peuvent demander à leur médecin traitant de les aider dans cette rédaction.

Le droit à la sédation

Le droit à la sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (SPCMD) est entré dans la loi.

Pour les patients en capacité de s'exprimer, une SPCMD peut être demandée afin d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement la vie. La SPCMD implique une analgésie adaptée et l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien de la vie, dont la nutrition et l'hydratation.

Cette demande est possible dans deux situations particulières :

- lorsque le patient, atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire au traitement ;
- lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme.

Si les patients sont en incapacité de s'exprimer, la SPCMD est envisageable au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien de vie. Dans tous les cas, une procédure collégiale doit être mise en place pour vérifier que les conditions d'application sont remplies.

Lorsque la SPCMD a été décidée, la famille et ou les proches sont informés et accompagnés par l'équipe médicale.

Autres éléments de la Loi Claeys-Leonetti

La loi renforce également la place des soins palliatifs dans l'arsenal de soins en France. Pour cela, elle intègre l'obligation de formation aux soins palliatifs pour les professionnels de santé y compris à domicile. Par ailleurs, un nouveau plan de développement des soins palliatifs a été mis en place. La loi a également instauré l'édition d'un rapport annuel au parlement sur les conditions d'application de la loi et la politique de développement des soins palliatifs.

Conclusion

Rôles du médecin généraliste

L'organisation des soins palliatifs à domicile implique une organisation particulière et une grande disponibilité de la part des médecins généralistes. Le travail pluriprofessionnel repose sur la confiance et l'écoute de chacun. Le médecin réalise un travail de coordination avec l'équipe soignante et l'ensemble des intervenants auprès du patient et de ses proches. Il évalue régulièrement son état de santé, sa situation psychosociale, son environnement relationnel, familial et plus largement son cadre de vie. Le médecin généraliste est aussi en lien avec la famille, les proches, les aidants et la personne de confiance. Il est attentif aux équilibres complexes qui existent au sein des familles. Il agit en conscience au service du patient en tenant compte de l'ensemble de ces éléments. Il n'hésite pas à s'entourer d'autres confrères ou autres ressources s'il le juge nécessaire ou souhaitable.

Services d'appui en ambulatoire

L'offre de ressources spécialisées en soins palliatifs est hétérogène sur le territoire et le fonctionnement de ces structures est variable. L'enjeu pour le médecin généraliste est de bien connaître les différentes structures existantes dans son territoire et d'entretenir un lien avec elles pour identifier leurs compétences respectives et les mobiliser avec pertinence et efficacité.

Ci-dessous, une liste non exhaustive des services disponibles.

- HAD : hospitalisation à domicile si les critères d'intervention sont réunis (cf. encadré).
- SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.
- Centre de soins infirmiers.
- SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.
- Réseaux avec des compétences en soins palliatifs.
- Dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).
- SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile).
- Équipe médico-sociale du conseil départemental ou de la caisse de retraite.
- ESA (équipe spécialisée d'Alzheimer).
- CCAS (centre communal d'action sociale).
- SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés).
- Associations de patients ou de bénévoles.
- …

Si le patient est suivi par un réseau de soins palliatifs et en HAD, la collaboration des deux structures est souhaitable. Un relais d'une structure vers l'autre est possible en fonction de l'évolution de la charge en soins. Le rôle et la place du médecin traitant sont prépondérants dans cette organisation.

Dans le cas d'une HAD, le médecin traitant est nécessaire et prend la responsabilité médicale des soins conjointement, le cas échéant, avec ses confrères spécialistes [12].

Critères d'intervention d'une hospitalisation à domicile (HAD)

- Complexité de la situation avec nécessité de soins multiples.
- Difficultés à organiser les soins et nécessité d'une coordination.
- Prescription d'un médicament réservé à l'usage hospitalier.
- Nécessité d'accès à des ressources spécialisées.
- Technicité élevée des soins.
- Nécessité d'une permanence des soins (permanence téléphonique 24 heures/24, 7 jours/7).

Cotations

Les médecins peuvent utiliser la cotation VL (visite longue) quatre fois par an pour des patients en soins palliatifs, vus en visite à domicile ou en EHPAD. Les conclusions de la visite doivent être rédigées dans le dossier médical du patient.

Références

[1] Organisation mondiale de la Santé. Soins palliatifs. [En ligne]. Genève: OMS; 2020. Disponible sur https://www.who.int/fr.

[2] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2002. Disponible sur www.has-sante.fr/.

[3] Richmond C. Dame Cicely Saunders. BMJ 2005;331(7510):238.

[4] Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs (FBSP), Fédération Wallonne des Soins Palliatifs (FWSP), Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Fondation contre le Cancer (FCC). Palliaguide.be - Recommandations de bonne pratique en soins palliatifs. [En ligne]. Etterbeek, (Belgique) Palliaguide.be - Guidelines en Soins Palliatifs. Disponible sur http://www.palliaguide.be/.

[5] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Bénéficier de soins palliatifs à domicile. [En ligne]. Paris: CNSA ; Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Disponible sur : https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

[6] Service Public. Santé. Qu'est-ce qu'une « personne de confiance » ? [En ligne]. Paris: Service-Public.fr; 2021. Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32748.
[7] Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). OPIOConvert. [En ligne]. OPIOconvert; 2021. Disponible sur: https://opioconvert.fr/.
[8] Haute Autorité de santé. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. [En ligne]. Saint-Denis ; HAS: 2020. Disponible sur : www.has-sante.fr.
[9] Haute Autorité de santé. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie – Pratiques sédatives chez l'adulte pour le médecin généraliste. Fiche Outil 2. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2020. Disponible sur : www.has-sante.fr.
[10] Haute Autorité de santé. Comment mettre en oeuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Guide du parcours de soins. [En ligne]. Saint-Denis : HAS; 2020. Disponible sur : www.has-sante.fr.
[11] Service Public. Directives anticipées : dernières volontés sur les soins en fin de vie. [En ligne]. Paris: Service-Public.fr. Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010.
[12] Haute Autorité de santé. Comment améliorer la sortie de l'hôpital des patients adultes relevant de soins palliatifs ? Points Clés - Organisation des parcours. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2016. Disponible sur : www.has-sante.fr.

Sitographie

Un MOOC sur la fin de vie proposé par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie sur la plateforme FUN : https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:spfv+171001+session02/about.

Le site internet « Parlons fin de vie » du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie : https://www.parlons-fin-de-vie.fr/.

Le site Internet « Palliaclic » sur la prise en charge des soins palliatifs en ambulatoire, réalisé en collaboration par la Maison des réseaux de santé Isère, le CHU de Grenoble-Alpes : https://palliaclic.com/.

Le site Internet belge « Palliaguide » qui s'intéresse particulièrement aux symptômes des patients en soins palliatifs : http://www.palliaguide.be/soins-palliatifs-recommandations/.

Les recommandations HAS sur les soins palliatifs et la fin de vie disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/.

– Covid-19 – Fin de vie des personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social (2020 mis à jour 2021).

– Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? (2020).

– Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie (2020).

– Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD (2018).

– Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile (2017 mis à jour 2018).

– Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie (2016).

– Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? (2016).

– Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches (2004 mis à jour 2006).

– Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (2002 mis à jour 2006).

Chapitre 22

Le patient souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes

Alain Mercier

PLAN DU CHAPITRE

Spécificités de la prise en charge en soins primaires. 188
Situations rencontrées 192
Prises en charge 196

Les situations de soins concernant les personnes dont l'origine de la souffrance est majoritairement d'origine psychique sont souvent redoutées par les médecins généralistes, au moins au début de leur carrière : la complexité est d'emblée présente. Celle-ci va de la difficulté immédiate à caractériser le trouble, en passant par le nécessaire investissement au long cours, pour échouer parfois sur les nombreux écueils de la prise en charge. Un sentiment d'illégitimité à prendre en soins le patient est souvent présent, en lien avec un manque de compétences réel ou ressenti. La tentation est grande de déléguer au psychiatre ou au psychologue. La présence d'émotions, celles du patient comme celles du médecin, complique la prise de décision rationnelle. Le patient demande à être écouté, compris et aidé, et analyser ce qui lui arrive est difficile. Il sent, il souffre, il a envie d'être soulagé ; cependant, transmettre sa souffrance est une tâche difficile générant également de la souffrance avant d'être un soulagement. Le médecin ressent parfois des doutes sur l'importance de son rôle et de son utilité pour « ce patient-là ». Du temps est nécessaire pour comprendre et expliciter, pour se mettre d'accord avec la personne sur « ce qui se passe ». Ce travail est incontournable, la compréhension de la situation est indispensable et repose sur le cadre commun de communication et sur l'alliance thérapeutique qui se construit. Des sentiments de pénibilité, d'insatisfaction et de dépit sont parfois perçus, tant les exigences sont grandes et les résultats peu évidents ou immédiats. Cette prise en charge est pourtant légitime et nécessaire : nombre de patients ne veulent voir ni psychiatre ni psychologue. Beaucoup ignorent leur trouble ou le présentent sous une forme plus « entendable » par les soignants et/ou « honorable » pour eux. Ceux-là souffrent en silence, dans leur intimité, pendant des années. Nombreux sont ceux qui ne réalisent pas l'étendue du handicap généré par leur maladie, leurs troubles ou leurs symptômes. Les féliciter de leur démarche, les encourager à se prendre en charge est nécessaire, car la souffrance est bien là et ladite démarche difficile. Confier son désarroi de ressentir un dysfonctionnement aussi intime, aussi déstabilisant pour la personne qu'une souffrance dont elle redoute l'origine psychique n'est pas simple.

Il est possible de surpasser les difficultés inhérentes à ces situations. Parcourir ce chemin difficile offre d'intenses moments humains. Acquérir des habiletés en relation d'aide et en psychothérapie de soutien (cf. chapitre 8) est une aide.

Ce texte s'articule autour de trois grands thèmes : les **spécificités** de la prise en charge de ces personnes en soins primaires, les **situations** rencontrées et les pistes pour passer du traitement d'une maladie à la **prise en charge d'une personne**.

Le choix fait est de ne pas proposer d'exposés exhaustifs des maladies rencontrées. Les ressources en libre accès des critères des maladies mentales, les questionnaires et autres échelles d'évaluation, les détails sur tel ou tel traitement sont facilement disponibles en ligne. Certaines sont citées en fin de chapitre. Ces connaissances sont appelées à évoluer. L'accent est mis sur des ressources bibliographiques exposant des problématiques spécifiques de soins primaires dans le cadre de la maladie mentale.

Ce chapitre a des connexions directes avec d'autres éléments de cet ouvrage : la plainte d'insomnie chronique, la souffrance au travail, le patient présentant des plaintes inex-

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

pliquées par le médecin, les demandes d'urgence non programmées, le patient présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle, la consultation de l'adolescent.

Spécificités de la prise en charge en soins primaires

Cette section ne se veut pas spécifique d'un diagnostic précis car, en soins primaires, les situations se présentent souvent de façon imprécise. Elle propose des balises qui permettront de guider le lecteur dans sa démarche clinique.

Évoquer le « problème »

Une personne sur quatre souffre d'un « problème de santé mentale » au cours de sa vie en France, soit une personne sur 3 ou 4 dans une patientèle. Il est admis qu'environ 15 % des 10–20 ans ressentent une souffrance « mentale » et devraient consulter pour ce problème. La dépression touche environ 4 millions de personnes en France. La maladie mentale est le premier poste de dépense de l'Assurance Maladie ; son coût annuel est de 109 milliards d'euros. La prévention et les interventions précoces sont insuffisantes, les diagnostics trop tardifs [1, 2]. Le constat est désastreux ; ces chiffres élevés surprennent et sont le reflet de la méconnaissance de cette prévalence énorme et de ces troubles de santé dans la pratique. Connaître ces données sur la maladie mentale permet une meilleure prise en compte de cette souffrance, en pensant à la rechercher en consultation. Le meilleur traitement spécialisé ne peut s'opérer que si les soignants de soins premiers ont conscience de ces faits, et les intègrent dans la réalité de leur exercice clinique.

Révéler le trouble

Le médecin généraliste est le premier contact avec le soin. Cette position lui fait vivre des situations qui diffèrent de celles de la pratique de la spécialité psychiatrie. En soins premiers, les maladies sont souvent au stade de début et de caractéristiques peu définies. De ce fait, beaucoup de patients, et donc de médecins, n'ont pas conscience du trouble [3]. Il est difficile de s'asseoir face à un médecin pour lui confier son désarroi, de ressentir un dysfonctionnement mental. La plupart des patients (jusqu'à 50 %) souffrant d'un authentique problème psychique exposent des raisons « physiques » : douleur, malaise, fatigue, « spasmophilie », « chute de tension ». Des demandes de consultations répétées, aux motifs multiples incitent à aller vers la personne plutôt que de se concentrer sur les symptômes. La connaissance de l'univers du patient, de ses représentations, de ses craintes, fait bien plus avancer que de prendre chaque demande une par une, en raisonnant de façon isolée. Il s'agit de raisonner avec la globalité de la personne, de prendre du recul face à ces symptômes, de se centrer sur la personne plutôt que sur la maladie. La demande de fin de consultation pour une prescription relative à un mauvais sommeil doit attirer l'attention. Cette plainte n'est pas banale. L'insomnie de début de nuit est corrélée avec l'anxiété, celle de fin de nuit ou les ruminations de milieu de nuit avec la dépression. Un manque de sommeil chronique est un déterminant de la dépression. Dans ces exemples de situations, le rôle principal du généraliste est d'aider le patient à faire ce chemin : réaliser, se rendre compte de ses besoins, l'aider à reformuler la demande.

La situation particulière de la demande pour autrui n'est pas rare : la mère ou le conjoint s'enquiert auprès du médecin de la « normalité » d'une situation. Il ou elle lui demande éventuellement d'intervenir. Les risques de rompre le secret médical sont clairement énoncés à l'intervenant, en lui rappelant les règles de celui-ci. Plusieurs réponses sont possibles : demander si une consultation conjointe est possible ; inciter l'intervenant à s'ouvrir à l'autre de ses inquiétudes, dire que l'on s'est ouvert de cela au médecin, qui ne se prononce pas car consulter ainsi à distance comporte de graves risques d'évaluation inadéquate. Ces réponses sont énoncées avec douceur et prudence face à une personne souvent en état de détresse devant une situation qu'elle sent à risque et qui ne sait comment aider celui ou celle dont elle pressent le problème.

Penser le social

Les inégalités sociales en santé regroupent tous les liens qui existent entre l'appartenance à une catégorie sociale et la santé. Leur influence en santé mentale est importante. Il existe une surmorbidité mentale des chômeurs par rapport aux actifs. La dépression est deux fois plus élevée chez les chômeurs que chez les actifs. La prévalence d'au moins un trouble mental est plus forte chez les ouvriers et les employés que chez les actifs plus favorisés. Chez les actifs, la vie professionnelle est interrogée directement car elle est souvent à l'origine de tensions, d'incompréhensions, d'humiliations et donc de demandes de prescription pour « fatigue » « surmenage ». Les personnes suivies pour un trouble psychique sont globalement dans une plus grande vulnérabilité économique que les autres. Intégrer la condition sociale du patient dans le dossier médical est nécessaire pour repérer les situations de souffrance mentale.

Fonctionner dans l'incertitude diagnostique

Les frontières entre l'anxiété et la dépression sont variables et peu définies. Chronologiquement, l'anxiété, les troubles du sommeil précèdent souvent la dépression. Ces deux symptômes sont souvent présents chez les patients. En soins premiers, anxiété et dépression coexistent souvent, et la séparation précise de ces deux diagnostics n'a pas forcément de conséquences importantes dans le soin : la mobilisation des ressources médicamenteuses et non médicamenteuses se fait dans les deux cas. Les propositions thérapeutiques s'alignent sur les recommandations. Le choix partagé dépend avant tout de leur disponibilité et de l'adhésion du patient. La détresse, les dysfonctions existent le long d'un continuum. Le jugement clinique, avec l'aide du patient, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient est nécessaire pour effectuer un partage cohérent pour un individu donné entre d'une part des problèmes relatifs en rapport avec le quotidien et, d'autre part, des niveaux pathologiques de dysfonctionnement. Cette posture aide à fonctionner dans l'incertitude et à ne pas catégoriser immédiatement le patient. Dans les circonstances de premier recours, le flou peut être utile et le précis réducteur. Les actions à effec-

tuer avec le patient (se revoir ? soulager immédiatement ? attendre ? prendre conseil ?) sont plus souvent fondées sur un diagnostic de situation biopsychosociale que sur une nosographie biomédicale précise.

Penser à la variété des présentations

Une des caractéristiques de la pratique des soins premiers est d'être le réceptacle initial de demandes très variées. Il est difficile ainsi de décrire une situation type. Tout est possible. Cette jeune maman qui vient d'accoucher et qui se plaint de fatigue ? Cette personne âgée dont la demande principale est le soulagement de ses « douleurs » ? Cet homme actif à qui l'on vient de poser un stent pour syndrome coronarien aigu ? Cette jeune femme qui a continuellement des « problèmes articulaires » ? Ce quadragénaire qui se plaint de dysfonction sexuelle ? Dans chacun de ces exemples, la personne peut souffrir d'une dépression grave, de troubles anxieux paralysants, de tendances suicidaires. Une posture ouverte, un échange inductif, au lieu d'un interrogatoire, sont les attitudes à adopter. Dans les consultations quotidiennes, plus le médecin se montre abordable et accueillant dans une posture non jugeante, plus il aide le patient à penser qu'il peut parler « de tout » et donc aborder « le mental » librement, lorsque ce sera pour lui « le bon moment ».

Penser globalement

Les personnes suivies pour troubles psychiques ont une mortalité et une morbidité supérieures à celles de la population générale. Les soins de prévention, les soins curatifs sont moins fréquemment pratiqués, alors que la prévalence des maladies chroniques est plus élevée qu'en population générale. Il y a plus d'hospitalisations évitables toutes causes confondues chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. Ces patients consultent surtout le médecin généraliste qui est en première ligne pour repérer ces situations [4]. Penser global, c'est aussi intégrer que si la vie courante distingue le « mental » et le « physique » et que si la description des maladies obéit également à ces distinctions, celles-ci n'ont que peu de sens dans le réel du patient et du praticien. Cette distinction peut même être délétère : la médecine du XX^{e} siècle a morcelé l'individu en organes, découpant les soins entre spécialités et surspécialités. Un des rôles du médecin généraliste est de rendre l'unité à la personne, en rappelant que les liens étroits entre ces deux concepts expliquent logiquement ses symptômes, ses réactions : sentir « dans son corps » une fatigue d'origine dépressive, souffrir « dans sa tête » alors qu'on a « bouché une artère » est logique. C'est évident pour le médecin qui l'affirme et souvent une découverte pour la personne qui le ressent. Penser globalement c'est enfin comprendre que la santé mentale fait mourir aussi d'autres choses que le suicide, qui arrive en troisième position derrière les causes cardiovasculaires (27,3 %) et les cancers (18,1 %) chez les personnes qui souffrent de troubles mentaux [5].

Analyser la diversité

Le diagnostic de dépression selon le DSM-5 exige cinq signes sur neuf dont au moins la tristesse ou la baisse du plaisir. Considérer la dépression comme un trouble homogène ne résiste pas à l'analyse rationnelle. Quel point commun entre un patient ralenti, hypersomniaque prenant du poids et un patient agité et insomniaque qui en perd ? Les critères symptomatiques du DSM diffèrent considérablement dans leur relation prédictive de la clinique. Il n'existe pas vraiment d'équivalence entre les critères de la dépression. Il est troublant que certains critères soient strictement opposés (sommeil, poids…). Plusieurs modalités de présentation peuvent être décrites sans qu'il existe entre elles des frontières parfaitement perméables [6].

La **première** est une forme où des signes physiques sont au premier plan (malaise, vertige, palpitations…), situation pour laquelle les patients sont souvent réticents à accepter le diagnostic. Le médecin, du fait de sa formation biomédicale, est tenté de répondre par tous les moyens techniques mis à sa disposition par la médecine technique moderne, retardant le diagnostic et la prise en charge. Il n'est pas rare de voir des patients, parfois jeunes, allant de spécialiste en spécialiste, pour finalement échouer chez le généraliste plus ou moins informé qu'ils n'ont « *rien* ». C'est plutôt « *qu'on n'a rien trouvé* », parce que le problème est effectivement ailleurs. Une **deuxième** forme associe dépression et trouble anxieux, principalement le trouble panique. La demande de prise en charge est souvent plus directe, liée à l'intensité des troubles, avec des conséquences personnelles, sociales et professionnelles majeures. Une **troisième** forme se développe chez les personnes ayant des traits obsessionnels. Ces personnes ont besoin d'avoir le contrôle, de faire les choses de façon précise, elles sont préoccupées par les détails et les règles. Les difficultés de délégation et l'énergie investie aboutissent à un épuisement, avec des ruminations dépressives, souvent au premier plan. La **quatrième** forme accompagne les maladies physiques et est souvent méconnue en soins premiers, car les signes non spécifiques de la dépression (fatigue, troubles du sommeil, perte de poids) sont confondus avec ceux de la ou des maladies chroniques associées. Il est important de questionner le patient sur les idées suicidaires, les idées d'indignité, de culpabilité. Il est souvent difficile de transmettre au patient qu'il est effectivement déprimé. La **cinquième** forme de la dépression prend le masque de la démence, avec des signes cognitifs au premier plan. Il est important d'éliminer un problème d'origine cérébrale [7].

D'une façon générale, dans le cadre de la dépression, les symptômes cognitifs (troubles de l'attention, de la mémoire, de la vigilance, des fonctions exécutives) sont plus fortement associés à la plupart des caractéristiques de sévérité.

Communiquer et transmettre dans l'incertitude

Dans chaque situation, à chaque instant, l'appréciation de la sécurité du patient et des risques encourus est nécessaire. L'origine possible des troubles est recherchée avec le patient, et ce que le patient partenaire a compris de ceux-ci. Des hypothèses sont évoquées dans l'incertitude et des explications les plus précises possibles sont transmises, sans dramatiser ni minimiser, tout en sachant être encore dans le flou. Le patient perçoit parfois l'impression désastreuse que si l'on ne comprend pas ou que l'on ne trouve pas de cause

précise à un trouble, c'est forcément dans sa tête — sous-entendu par le médecin et saisi par le patient que c'est « de son fait », sinon « de sa faute ». Cette réaction est souvent en rapport avec le fait que certaines affirmations remettent en cause, à tort, les sensations de la personne. Ce ne serait pas une « vraie » douleur ? un « vrai » malaise ? Une des solutions pour ne pas transmettre cette impression au patient est de communiquer sur cet aspect de la communication, c'est-à-dire de « méta-communiquer » : « *Non, je ne suis pas en train de dire que c'est votre faute, ou que vous êtes un malade imaginaire qui "s'écoute". Je n'écarte simplement aucune hypothèse, d'origine "physique" ou "psychique", je vous livre le mieux possible le stade de réflexion où nous en sommes : pour cette douleur thoracique, vous êtes passé aux urgences les examens sont normaux, vous avez vu le cardiologue qui est rassurant, la radiographie pulmonaire est normale. Vous ressentez bien une souffrance, vous ne vous trompez pas, mais l'origine peut être ailleurs. Et c'est sûrement bien comme cela, cela montre bien que vous n'êtes pas seulement une machine corporelle froide, et uniquement rationnelle mais aussi un être humain, avec ses émotions qui peuvent s'exprimer dans votre corps, votre personne.* »

Intégrer l'évolution

Seule l'évolution peut parfois éclairer le médecin et le patient. Les troubles disparaissent d'eux-mêmes, réapparaissent à l'occasion d'un stresseur externe, ou deviennent chroniques. Il est difficile d'affirmer l'évolution pour un patient donné, car l'équilibre d'un individu est un état de perpétuel changement. En soins premiers, 13 à 30 % des patients ont des troubles sub-syndromiques, variables. Parmi les patients ayant au moins un trouble psychique, 20 % guérissent en 3 mois. Près de 30 % des diagnostics nosologiques durent moins de 4 semaines et 65 % moins de 6 mois [8–10]. Agir vite est parfois nécessaire ; à d'autres moments, il est préférable d'attendre sans dramatiser. Rester vigilant est la règle, en ne transformant pas toute demande ou tout symptôme en maladie mentale. Une consultation d'écoute attentive d'un patient perçu par le praticien comme en état de détresse, du fait des manifestations émotives visibles (pleurs…), débouche souvent sur une amélioration patente lors de la consultation suivante, grâce à l'expression des émotions permise pendant l'entrevue. Cette amélioration est souvent exprimée par le patient, elle est analysée par le praticien et elle autorise à remettre en question la pertinence d'une prescription médicamenteuse si celle-ci a été évoquée.

Juger du caractère « normal » ou « pathologique »

Dans notre pratique de médecin généraliste, la question du normal et du pathologique revient constamment. Quelqu'un qui pleure, qui est triste ou qui n'arrive pas à effectuer les tâches de base de son existence, est-il « malade » ou simplement… « triste » ? Le respect des critères du DSM-5 devrait logiquement aider à répondre à cette question. Ce n'est pas si simple. Dans leur ouvrage, Horwitz et Wakefield tentent de répondre à cette question et l'exergue de leur livre est clair : ils accusent la psychiatrie de transformer la tristesse normale en trouble maladif [11]. Ils affirment que « *la plupart des discussions concernant la dépression ignorent la question de savoir si les signes dépressifs observés sont un problème de santé mentale ou s'il s'agit d'une réponse non pathologique à un événement traumatisant* ». L'annonce d'un cancer, une séparation, le chômage sont des événements qui changent profondément l'humeur pour plus de 2 semaines consécutives. La distinction est importante entre réaction normale et pathologique, les modalités de prise en charge diffèrent, en particulier la prescription de médicaments.

Tenter de résoudre la question du « normal » et du « pathologique » impose de contourner trois difficultés.

La **première** difficulté est que dans les maladies dépressives, la cause n'est pas bien définie : quelle est l'étiologie, la pathogenèse ? Les influences sont multiples. Les évolutions et injonctions d'ordre social créent un changement environnemental majeur que le sociologue Erhenberg analyse dans son livre *La fatigue d'être soi*. Les rencontres personnelles, la fragilité, le stress, la pauvreté, l'instabilité familiale, la consommation d'alcool ou de drogues sont autant de causes qui rendent complexe la pathogenèse de la maladie mentale en général et de la dépression en particulier. Les connaissances accumulées en matière de neurosciences, de l'influence de l'environnement sur la biologie de la personne rendent illusoire des interprétations causales sur un éventuel « dysfonctionnement interne » de l'individu qui s'opposerait à celui de stresseurs externes : la biologie et l'environnement sont intimement liés [12, 13, 14]. Horwitz et Wakefield ne mettent d'ailleurs pas seulement en valeur l'aspect « causal » ou « sans cause » d'une situation. Une **deuxième** difficulté est que la séparation entre normal et pathologique n'est pas nette, les symptômes s'inscrivant le long d'un continuum. Les critères de la dépression sont sujets à caution : pourquoi choisir que cinq critères majeurs soient de la dépression, et quatre un peu moins ? Un individu peut être extrêmement handicapé par uniquement deux symptômes sévères, beaucoup plus que par cinq critères de plus faible intensité. Cette notion de critères à remplir déconnecte le praticien de l'histoire clinique de son patient. C'est la **troisième** difficulté. Les concepteurs du DSM ont mis en garde contre une utilisation mécanique du manuel. Son usage est complété par le jugement clinique du praticien. Ce travail de décryptage clinique avec le patient est indispensable. Le constat est souvent effectué avec le patient que sa tristesse, son manque d'estime de soi, sa difficulté à imaginer l'avenir, son indifférence, son amaigrissement sont les conséquences d'événement de vie : divorce, deuil, conflit, maladie, accident. Il lui est signifié que les symptômes présentés sont une réaction logique, normale, et non constitutifs d'une maladie. Par ce partage, la prescription des antidépresseurs n'est plus un réflexe. Cet échange est souvent suivi d'une amélioration des symptômes, sinon d'un soulagement du patient.

Rechercher les toxiques

Substance psychoactive la plus répandue dans notre environnement, au moins en France, l'alcool est souvent présent. Il est anxiolytique et dépressogène. Poser la question de l'alcool et de sa façon de le consommer est une question indispensable en consultation, en notant la réponse dans le dossier. « *Avez-vous besoin d'alcool pour vous réconforter, vous sentir bien ?* » est une question facile à poser. La réponse positive

incite à analyser la consommation et le rapport avec la substance. Plus de 40 % des personnes alcoolodépendantes sont ou seront atteintes d'un syndrome dépressif majeur au cours de leur vie. La dépendance à l'alcool entraîne dans 90 % des cas des signes d'anxiété et de nombreux patients gèrent leur anxiété sociale avec l'alcool [15]. La consommation d'autres substances licites ou illicites est également recherchée. Les troubles dépressifs sont fréquemment associés aux addictions aux drogues (cannabis, opiacés, cocaïne…). Leur existence a des conséquences sur la prise en charge qui dans ce cas est très rapidement multidisciplinaire.

Exercer sa réflexivité

Se regarder fonctionner, analyser ses actions, sa pratique et les concepts mobilisés au cours de celle-ci, comprendre le sens de son travail se nomme réflexivité. Un médecin généraliste mobilise plus d'une quarantaine de concepts lorsqu'il travaille [16]. Quelques-uns ont déjà été évoqués ainsi que leurs conséquences lorsqu'il s'agit de soigner des patients souffrant de troubles mentaux : stade de début et non différencié des maladies, continuité des soins, vision holistique et biopsychosociale du soin, diagnostic de situation. D'autres concepts sont utiles à repérer.

Équipe de soins

Travailler en équipe est une habileté importante pour la prise en soins des situations chroniques. Plusieurs modes de travail en coordination existent : collaboration, coopération instrumentalisation, négation (absence de relation). « *Où en suis-je avec cette personne ?* »

Collusion de l'anonymat et offre du patient

Michael Balint a introduit ces concepts pour illustrer la situation au cours de laquelle les médecins s'adressent le patient de l'un à l'autre, et pour lequel des décisions sont prises sans que chacun ne se sente responsable du patient dans son ensemble. L'origine se situerait dans la peur de négliger un problème organique devant les symptômes présentés par le patient (offre du patient). Le médecin généraliste peut, lorsqu'il est **soumis à l'autorité** de ces avis spécialisés, négliger de prendre de la distance face à ces divers avis, de les soumettre à sa critique d'une vision globale du soin. Et si cet essoufflement qui a fait consulter le cardiologue, puis le pneumologue, puis le spécialiste des troubles du sommeil, puis le neurologue parce « *qu'on n'a rien trouvé* » trouvait au moins pour partie son origine autre part ?

Passage à l'acte, décision différée et modèle de Prochaska

Un généraliste au cours de sa consultation évalue une situation, fait parfois un diagnostic biomédical et prend des décisions rapidement. Dans le cas des situations exposées ici, ce modèle de décision rapide est parfois inadapté : la décision est souvent différée, car il ne s'agit pas de prendre en charge une maladie mais de soigner une personne. Connaître la personne demande du temps. Le praticien a tout intérêt à s'appuyer sur le modèle de Prochaska et Di Clemente, qui décrit les étapes du changement de comportement : ce patient est-il dans l'action, au contraire est-il dans une phase contemplative de son trouble ? Les actions à mener sont déterminées par le stade où se situe le patient. Il ne s'agit pas que d'attendre le bon moment, mais de se donner les moyens de le créer, par exemple à l'aide de postures motivationnelles (cf. partie II). Celles-ci sont transmises au patient sous forme de questions : « *Qu'attendez-vous de cette consultation ?* », « *Comment analysez-vous cette difficulté ?* » Quelle que soit l'action proposée par le patient, il est important d'utiliser le renforcement positif pour valoriser celles-ci.

Exemples de questions en consultation

Avez-vous déjà ressenti des sensations brutales et inattendues d'inquiétude ?
Évitez-vous certaines situations ? (insectes, espaces clos…)
Vous sentez-vous obligé d'effectuer des actions répétitives ? (lavage, vérifications…)
Avez-vous des pensées déplaisantes ou qui s'imposent à vous ?
Êtes-vous inquiet tout le temps ?

Utiliser ou oublier les échelles d'évaluation ?

Les généralistes utilisent peu ces instruments d'évaluation qui sont des guides utiles servant de canevas pour conduire la consultation. Ils permettent d'explorer les symptômes méthodiquement et rapidement, et sont utilisés pour le suivi. Les questions sont parfois utiles pour éviter des oublis lors de l'évaluation d'une situation. Pour ne citer que cet exemple, le syndrome de stress post-traumatique n'est parfois reconnu que des années après le traumatisme ; poser systématiquement la question « *Vous souvenez-vous d'un épisode qui vous ait particulièrement traumatisé/pour lequel vous avez craint pour votre vie ?* » permet au patient de se remémorer, de se confier, et au médecin d'être surpris par ces révélations. Une telle situation peut changer radicalement la prise en charge. Cependant, toutes ces échelles ne sont pas évaluées en soins premiers, ne sont pas toutes utilisables et n'ont pas toutes la même valeur prédictive. Le côté artificiel des échelles, opposé à l'échange dialogique plus libre, est une critique fréquente. Le médecin généraliste a intérêt à faire un travail de réappropriation et de personnalisation des questions. C'est ce que montrent les études sur ce sujet : les médecins généralistes se réapproprient les échelles et les utilisent comme support à la décision partagée plutôt que pour le dépistage et la prise en charge [17]. Le praticien garde à l'esprit qu'explorer et questionner c'est forcer le patient à réfléchir sur lui-même et que c'est déjà un traitement en soi.

Le médecin généraliste face à tout patient

- Faciliter l'**expression de la souffrance** en parlant globalement de la santé psychique et physique.
- Garder en mémoire la grande **prévalence** des problèmes de santé mentale.
- Être attentif aux **symptômes inexpliqués**, aux consultations répétées, aux demandes de fin de consultation.
- Repérer les situations **sociales** (isolement, séparation, violences), la vie **professionnelle.**

▶

- Évaluer une situation **globalement**, plutôt que chercher une maladie pour chaque symptôme isolé.
- Garder une **attitude ouverte et de non-jugement** (quels que soient les motifs de consultation) pour favoriser l'expression de ses troubles par le patient.
- Rechercher les **toxiques**.
- Chercher à **comprendre** le patient plutôt qu'à lister des symptômes.
- Analyser et réfléchir avec le patient plutôt que d'appliquer des procédures.
- Utiliser sa **réflexivité** pour décider plutôt que de répéter des attitudes standardisées.

Situations rencontrées

Les données disponibles évoquent que les médecins généralistes effectuent leur propre classification de ces troubles [18]. Le terme d'« anxiodépression » revient souvent dans les situations diagnostiques décrites. Les médecins généralistes catégorisent leurs patients selon la sévérité de leurs troubles. Ils séparent les patients entre des formes peu ou moyennement sévères et des formes sévères avec comorbidité et dépression. La CISP-2 (classification internationale des soins primaires, 2e version) va dans ce sens d'une simplification de la classification des troubles contrastant avec l'extrême précision du DSM-5 [19]. Si préciser le problème est important, il s'agit pour le praticien de ne pas ignorer le trouble, ni l'histoire de la personne, ni le handicap de celle-ci. Repérer le plus de patients possibles en médecine générale repose sur la connaissance des critères et d'un certain nombre de drapeaux rouges. Des troubles de l'humeur et de l'anxiété persistants après un événement cardiaque, au cours d'une maladie aiguë ou chronique, la notion de problèmes antérieurs liés à la santé mentale, le tabagisme, les problèmes financiers, une autoévaluation globale de mauvaise santé, un isolement social sont des éléments qui incitent à rechercher une affection de santé mentale.

Les patients souffrant de dépression

La prévalence instantanée de la dépression en population générale en France est de l'ordre de 5 à 6 % de la population adulte, probablement sous-estimée. Certaines publications récentes font l'état d'une prévalence annuelle de 8 % en 2000 et de 10 % en 2018 [20]. Elle est de 4 % dans les services de médecine et de 33 % dans les services de psychiatrie non sectorisés. Ces prévalences sont à interpréter avec précaution, car ce résultat dépend des outils utilisés et de la période concernée. Ces chiffres rappellent que la dépression concerne plus de 3 millions de personnes en France. En population de soins primaires, cette prévalence est proche de 13 % avec des disparités importantes en termes de classe d'âge, de catégorie sociale et de genre. Les femmes, notamment celles âgées de 35 à 44 ans, les personnes de moins de 45 ans, les chômeurs et inactifs, les personnes veuves ou divorcées et les personnes déclarant de faibles revenus sont les plus à risque. Plus d'une personne sur dix présente une dépression avérée en soins primaires. Cette situation augmente le risque suicidaire. Plus de la moitié des patients suicidants ont consulté un généraliste le mois précédant leur tentative. Le paragraphe consacré au suicide revient sur ce qu'il faut penser et déduire pour notre pratique de cette affirmation.

Sur les 14,9 % de patients dépressifs reconnus par le test « Mini » lors de l'enquête CREDES de 1996-1997, seuls 8,1 % d'entre eux ont eu leur pathologie reconnue uniquement grâce à ce test : ils ignoraient eux-mêmes leur trouble [3] ! Deux patients sur cinq n'avaient même pas évoqué leurs problèmes avec un proche et 80 % d'entre eux n'avaient pas envisagé cette possibilité. Les raisons évoquées étaient nombreuses : le sentiment d'être assez fort pour surmonter seul cette épreuve, le sentiment que la dépression était incurable et qu'aucune aide médicale n'est possible. La crainte du jugement de l'entourage, la peur d'être hospitalisé, la crainte du traitement étaient également présents. Ceci est révélateur de la difficulté du diagnostic par le médecin et de la reconnaissance de sa souffrance par le patient.

Au moins un tiers des patients déprimés consultent pour des plaintes physiques, sans expression de détresse psychologique. Un épisode dépressif peut être difficile à reconnaître et, lorsqu'une pathologie somatique est associée à des signes de dépression, beaucoup de médecins concluent à une absence de dépression. L'association avec la consommation d'alcool excessive, avec les produits addictifs est plus fréquente en cas de dépression. Vingt à 45 % des patients vivant avec un cancer, plus de 25 % des patients ayant eu un AVC, 30 % de ceux qui subissent une douleur chronique et 40 % de ceux atteints de maladie de Parkinson seraient dépressifs. D'autres pathologies comme les pathologies cardiovasculaires, les démences, l'épilepsie, le diabète, le VIH, l'obésité sont souvent associées à la dépression.

Lorsque l'accord sur le symptôme de tristesse est partagé entre praticien et patient, l'étape suivante est d'approfondir l'analyse du trouble et d'effectuer la distinction entre la dépression et la tristesse non pathologique. En cas de deuil, il est nécessaire d'aller un peu plus loin : le patient ressent plutôt un sentiment de vide et son humeur est labile. La personne est capable, lors du processus normal de deuil, de ressentir des émotions positives (satisfaction d'avoir « fait son devoir », par exemple, ou d'exprimer un contentement à l'issue de la cérémonie d'inhumation). Ces affects sont souvent rapidement changeants, alors que la tristesse est continuelle chez une personne dépressive. Alors qu'une personne dépressive a souvent des idées d'indignité et a tendance à se rabaisser, l'estime de soi est plutôt préservée chez la personne endeuillée. Cela ne dispense pas d'évaluer le risque suicidaire, qui peut exister, souvent exprimé par le désir de « *rejoindre le défunt* ». Un état de deuil, s'il se prolonge, nécessite d'être réévalué, car il peut évoluer vers un état dépressif caractérisé.

Dans un deuxième temps, le praticien vérifie la sévérité des troubles. Classiquement l'échelle de Hamilton est utilisée. Pour un score de 10 à 13, il s'agit d'une dépression légère, de 14 à 17 d'une dépression modérée, et au-dessus de 18 de symptômes sévères. Le plus souvent en soins primaires le tableau est celui d'une dépression légère à modérée ou de dysthymie. Depuis le DSM-5, la notion de dysthymie est remplacée par celle de « trouble dépressif persistant ». Globalement, il s'agit d'une dépression chronique, évoluant depuis au moins 2 ans, dont les critères sont moins sévères.

Dans la dépression majeure (ou avérée) et qui peut donc être d'intensité légère, moyenne ou sévère, les épisodes sont plus francs, la limitation fonctionnelle est plus importante.

La démarche diagnostique décrite ici est idéale. Elle est souvent difficile à mettre en œuvre en pratique : il est rare qu'elle s'applique à un patient n'ayant que cette pathologie. Le plus souvent, le patient souffre de polypathologies, diabète, hypertension, obésité, problèmes cardiaques, douleurs articulaires, pour ne citer qu'elles, et évolue dans un contexte socioprofessionnel délétère. Comment dire alors si la limitation de l'activité, les troubles du sommeil, de l'appétit, sont la conséquence unique de la dépression ? Le praticien ne peut être aidé dans cette démarche car les guides de pratique clinique ou les recommandations sont pour leur extrême majorité morcelés, découpés par maladie. En pratique, la catégorie du trouble ne reflète que partiellement la sévérité [21]. En quoi ce patient cardiaque dysthymique qui souffre de son trouble « modéré » depuis des années mérite-t-il d'être jugé « moins sévère » que tel autre qui souffre récemment d'une dépression elle aussi modérée mais isolée ? Répondre à cette question nécessite d'intégrer la perspective du patient autant que celle du médecin, le statut social, psychologique et fonctionnel global de la personne.

Dépression et dépistage

Il est tentant d'affirmer que les soins premiers conviennent tout particulièrement à des programmes de dépistage de la dépression et qu'il s'agit d'une opportunité pour identifier un syndrome dépressif non reconnu. Les patients dépressifs consultent deux ou trois fois plus que le reste de la population. Chez les patients qui consultent fréquemment, la prévalence de la dépression peut monter jusqu'à 35 %. La plupart des études montrent que seulement un tiers ou la moitié des patients réellement déprimés sont reconnus comme tels du fait qu'ils expriment plus des signes physiques que des symptômes émotionnels. L'éducation médicale entraîne le médecin généraliste vers les troubles physiques « à éliminer en priorité » plutôt que vers les troubles mentaux. L'apparition de l'émotion en consultation est parfois un élément évité par le médecin généraliste, consciemment ou pas. Les emplois du temps des médecins généralistes ne sont pas toujours compatibles avec le temps que nécessite la posture relationnelle favorisant l'émergence du problème en consultation [22]. Une fois les troubles diagnostiqués, la prise en charge n'est pas toujours effectuée : les patients ne recherchent pas forcément activement un soin et ne reconnaissent pas leur trouble comme nécessitant une action. Les études qui évaluent l'efficacité d'une thérapie le font en général chez des patients désireux d'avoir une prise en charge. L'efficacité d'un traitement dans ces conditions n'est absolument pas connue. Il est admis par exemple que les patients qui ont des attitudes négatives envers les antidépresseurs ont de mauvais résultats dans les études d'intervention, plus mauvais que les patients qui ne prennent aucun traitement médicamenteux. L'efficacité d'un médicament suggère une motivation positive de la part de celui qui le prend. La moitié des patients a ce type d'attitude de refus [23, 24].

Si une décision de mise en place de dépistage est effectuée, celui-ci doit à la fois être sensible et facile à utiliser, si possible autoadministrée. Il est actuellement admis que les questionnaires pour dépression ne doivent être effectués que dans des situations sélectionnées et auprès de populations à risque bien définies. L'excès de sensibilité des tests peut aussi faire classer comme dépressifs des personnes qui ne le sont pas. C'est le risque de psychiatrisation de la vie quotidienne.

En conclusion, passer des considérations scientifiques générales à une décision particulière pour le dépistage d'un éventuel état dépressif est une démarche qui nécessite une grande clairvoyance. En population générale, il n'y a actuellement aucune preuve qu'un quelconque programme ou instrument utilisé en soins premiers améliore la prise en charge des patients dépressifs ou diminue la prévalence du suicide. Il n'y a aucune preuve que le coût humain et financier de prise en charge des diagnostics déclenchés par ce type d'initiative soit compensé par un meilleur soin des cas avérés. Les effets secondaires de ce type de programme pourraient aussi contribuer à reconstruire notre vision de ce que sont les sentiments normaux de détresse personnelle et de tristesse, et faciliter une vision psychiatrique des événements de vie : est-ce à la médecine de surveiller, classer ou contrôler nos émotions transitoires ?

Dépression et suicide

Données du problème

Le taux de suicide est élevé en France. Chez les adultes, parmi les 9 000 à 10 000 suicides et environ 120 000 tentatives (TS) annuels, environ la moitié est liée à une maladie dépressive. Ces chiffres impliquent la nécessaire attention du médecin généraliste portée aux patients dépressifs, et l'importance de penser le suicide en dehors de cette pathologie. Plus de 7 % des personnes en population générale ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Le risque de suicide est multiplié par 30 en cas de dépression ; sa prévalence annuelle est de 1 % chez les patients dépressifs et 15 % d'entre eux décèdent de cette manière. Au-delà de la personne suicidée elle-même, les dégâts sont considérables : en moyenne sept proches sont endeuillés, l'impact concerne plus de vingt personnes [25]. Chez les adolescents, la dépression est fréquente et serait le principal problème de santé, le suicide la troisième cause de décès (cf. chapitre 34). Recevoir un patient au décours d'une crise suicidaire est tout à fait possible en médecine générale : une fois sur quatre, le patient suicidant sort sans hospitalisation à l'issue de son geste. Les services de psychiatrie reçoivent environ 40 % des suicidants des urgences et 10 à 20 % des tentatives de suicide ne sont pas hospitalisées. Nombre de patients accueillis dans un service d'urgence, y compris sur le conseil du médecin généraliste, se retrouvent rapidement dans sa salle d'attente [26]. Les médecins généralistes sont donc en première ligne. Le suicide reste un phénomène rare dans la patientèle d'un généraliste. L'incidence annuelle serait d'une à six tentatives par an. Un décès par suicide survient tous les 4 à 7 ans [27]. Ce paradoxe d'un phénomène pouvant apparaître à tout moment et de prévalence rare explique toute la difficulté et l'enjeu du repérage en médecine générale.

Repérer les patients à risque

Les appels à la formation du généraliste ne manquent pas. En effet, 6 patients sur 10 consultent dans le mois précédant

le passage à l'acte. Comprendre ce problème nécessite de comprendre la complexité du fonctionnement pratique d'un médecin généraliste. Passer en quelques minutes d'un jeune enfant plein d'avenir et de vie, à un vieillard désespéré de la sienne, et imaginer qu'il est prêt à en finir n'est pas évident. Soulager ponctuellement des patients dont les demandes sont la prise en charge de symptômes d'expression physique est simple ; imaginer à bon escient ce que cela pourrait cacher nécessite écoute attentive, patience et tact, et souvent plusieurs consultations de suivi. Cette situation est peu compatible avec la consultation unique et la décision rapide nécessaire face à une situation potentiellement urgente. Aborder les pensées suicidaires n'est pas évident quand les symptômes exposés par le patient n'ont qu'un lointain rapport avec l'envie de mourir. Il est plus facile de poser des questions sur des idées de mort devant un patient dont la souffrance psychique est le motif principal. Pour accueillir ces patients, il est fondamental mais ardu de déployer en situation des compétences d'ordre communicationnel et relationnel plutôt que de compiler des connaissances sur le suicide. Parler de la mort de façon détachée de la réalité, énoncer qu'il « faut » et donc « qu'on va » en parler au patient est facile. Parler de façon juste, au bon moment, de la mort et du suicide pour rendre service au patient en consultation nécessite de la réflexivité et exige d'analyser la situation présente. Interroger sur les pensées suicidaires, c'est poser une question dont on redoute la réponse, et ouvrir une boîte de Pandore : on passe en quelques secondes d'une consultation facile pour des phénomènes simples à une situation complexe qui mêle le social, le psychologique, l'émotionnel et nécessitant une évaluation médicale méticuleuse et chronophage. Prendre conscience de ces faits, de la nécessité de poser la question malgré tout, de sorte qu'elle soit entendue et comprise, en sachant que la réponse va être très souvent négative, est utile. Il serait pourtant inopérant de poser la question à tout le monde. Tel est le problème du généraliste : à qui la poser et, surtout, comment faire ?

Une certitude, et peut-être une seule : poser la question du suicide ne le provoque pas. Le seul risque est de surprendre l'interlocuteur de façon inappropriée. En revanche, un patient qui a des idées suicidaires est en règle générale satisfait de savoir qu'il peut en parler avec vous.

Le mieux est d'évoquer l'urgence derrière la situation banale en s'appuyant sur la connaissance du patient. Les demandes pressantes ou répétées pour des situations dont l'urgence mise en avant paraît décalée avec la vision médicale (le « patient pénible ») font réfléchir à cette éventualité : l'urgence pourrait bien ne pas être là où le médecin généraliste le pense. Dans cette consultation, repérer et diagnostiquer l'état émotionnel du patient aussi bien dans le vocabulaire employé que dans ses micro-expressions faciales guide l'entretien et les décisions. L'analyse de la situation sociale du patient — la pauvreté, le chômage sont des facteurs de risque de suicide —, la recherche d'une toxicomanie et/ou d'une consommation d'alcool excessive ou compulsive permet de commencer à cerner le risque. Les facteurs associés aux idées suicidaires le plus souvent rencontrés sont le fait d'avoir eu un épisode dépressif et subi des violences au cours de l'année écoulée. Penser à colliger ces éléments sur le dossier est utile et un facteur de qualité des soins. À ce stade, il est très rapidement décidé d'aller plus loin et d'évaluer une possible crise suicidaire (tableau 22.1) ou d'orienter la consultation de façon différente.

Prendre en charge le patient suicidant

Un problème crucial est de savoir s'il faut déléguer les soins du patient à un confrère plus spécialisé, et dans quel délai. Lorsque le risque est jugé important (par exemple chez un patient isolé présentant des idées envahissantes non critiquées, vécues comme une solution), une évaluation psychiatrique est indispensable ou au moins vivement conseillée. Elle passe par un élément obligé : l'avis du patient, élément clé du soin, qui facilite l'acceptation des propositions si l'accord est obtenu. Le moyen en est la décision partagée, la négociation parfois angoissante si la demande du patient de rester à domicile est incompatible avec son état (refus d'être hospitalisé pour être protégé). Cette situation de désaccord oblige au compromis. Seuls la mise en danger évidente, un risque important et immédiat justifient une hospitalisation sous contrainte. Cette situation entraîne souvent un appel aux services d'urgences (15 ou 18). La décision est moins facile, lorsque le risque est moyen, critiqué, qu'il n'existe qu'un facteur de risque ou que l'entourage s'oppose à l'hospitalisation en assurant de sa vigilance. Une réévaluation rapide, téléphonique, présentielle, quotidienne ou pluri-hebdomadaire est justifiée. La qualité de l'alliance thérapeutique avec le patient fait partie de l'évaluation du risque. Le contact téléphonique avec un correspondant psychiatre, la mobilisation du réseau de correspondants institutionnels (CMP, service d'urgence psychiatrique) ou libéraux ambulatoires (correspondant psychiatre libéral, clinique psychiatrique), la connaissance des structures psychiatriques d'urgence sont autant de facteurs facilitant la délégation des soins ou le conseil. Ces situations d'urgence différée sont les plus fréquemment rencontrées. Il convient d'anticiper la tenue du carnet d'adresses [26].

Tableau 22.1 **Évaluation de la crise suicidaire.**

Niveau de souffrance	Désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité
Degré d'intentionnalité	Idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario)
Éléments d'impulsivité	Tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents
Élément précipitant	Conflit, échec, rupture, perte
Moyens létaux à disposition	Armes, médicaments
Facteurs protecteurs ou de risque	La qualité du soutien de l'entourage proche réduit ou inversement renforce le risque

Prévention du suicide

Pour l'instant, les preuves manquent concernant l'efficacité des actions préventives en seuls soins premiers [28]. Les mesures de prévention ne concernent pas que les généralistes. En France, il existe un programme de prévention du suicide[30]. Les seuls programmes qui ont montré une efficacité préventive en termes de nombre de suicides sont multifacettes, à destination des communautés, des associations, et pas seulement au niveau des professionnels du soin. Il existe aussi des programmes de prévention de la contagion suicidaire [29].

Les patients souffrant d'anxiété

La prévalence ponctuelle de l'anxiété serait d'environ 5 % en population générale. Les chiffres diffèrent énormément selon les moyens de mesure, en particulier si l'on mesure la prévalence instantanée ou sur l'année ou sur la vie entière. La HAS spécifie une prévalence de 15 % sur un an, 21 % en vie entière. La prévalence annuelle pour le trouble panique, le syndrome de stress post-traumatique et le trouble anxieux généralisé est d'environ 2 % pour chacun de ces troubles ; il est de plus de 4 % pour la phobie sociale et les phobies spécifiques ; 38 % des personnes avaient également un trouble de l'humeur et un trouble de l'usage de l'alcool [30]. La moitié seulement des personnes sont identifiées en tant que telles par le médecin généraliste et seulement un tiers ont un traitement, lui-même pas toujours optimal [31].

L'anxiété est caractérisée d'une façon générale par une sensation persistante de crainte, d'appréhension et de désastre imminent. Dans le **trouble anxieux généralisé**, elle prend la forme de soucis excessifs, d'une attente avec appréhension survenant la plupart du temps et durant au moins 6 mois. Cela concerne un certain nombre d'événements ou d'activités (travail, performances scolaires).

Le **trouble panique** se manifeste par une crise intense avec un affolement lié à l'impression de gravité provoquée par cet accès, parfois vécu comme un sentiment de mort imminente. Le patient ressent un malaise général soudain, avec une perception de faiblesse et d'évanouissement inéluctable. Des signes d'accompagnement sont fréquents : palpitations, difficultés respiratoires, fourmillements des extrémités. L'angoisse perçue renforce les sensations et est responsable d'une auto-aggravation, qui peut conduire à un malaise avec perte de connaissance. L'intervention des pompiers est fréquente. La plupart du temps, lorsque le patient arrive dans un service d'accueil des urgences, on lui explique et il comprend qu'il n'y a « rien », une fois que les grandes causes mettant en jeu sa sécurité sont éliminées. Cette situation est à risque d'égarement tant pour le patient que le généraliste. Le premier risque d'égarement est d'aller vers une suite d'élimination de causes organiques de ce malaise, avec une augmentation naturelle de l'anxiété du patient chez qui l'on cherche « quelque chose » mais chez qui finalement on ne trouve « rien ». Le deuxième risque d'égarement est la minimisation. Le patient appelle cela une crise de tétanie ou de spasmophilie. Le risque est grand de vouloir rassurer, dédramatiser excessivement. Nommer, et appeler ce trouble par son nom, l'explorer sur le plan de la fréquence et de l'intensité, s'inquiéter d'un autre trouble de santé mentale associé est fondamental pour une prise en charge correcte et l'avenir du patient.

La **phobie sociale** (ou anxiété sociale) est une anxiété provoquée par certaines situations sociales ou de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement. Elle est à l'origine de peurs persistantes et intenses lors d'une ou plusieurs situations, lorsque des contacts sociaux sont en jeu. Une attaque de panique est également possible. Souvent, la personne reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de ses réactions. L'usage d'alcool comme d'anxiolytiques est souvent retrouvé.

Le **trouble obsessionnel compulsif**, ou TOC, se caractérise par des pensées dérangeantes, répétitives et incontrôlables, causant une anxiété. Les thèmes sont précis (la saleté, le sexe, la peur de l'erreur…). Cette affection s'accompagne de comportements ritualisés ou de compulsions. Cette situation peut rester cachée, en rapport avec une honte ressentie de ces comportements qu'il est impossible de contrôler.

L'**état de stress aigu** concerne les personnes exposées directement ou indirectement à un événement traumatisant pour une durée allant de 3 jours à 1 mois après les faits. La personne présente des souvenirs incontrôlables et pénibles, des troubles du sommeil avec des rêves sur le traumatisme, une souffrance intense si elle se trouve dans des circonstances identiques, une absence de pensées positives, une altération de la réalité. Cette expérience peut aller jusqu'à l'insensibilité et/ou une déconnexion émotionnelle qu'il est important de connaître : elle explique qu'une personne ayant subi un traumatisme émotionnel grave (un viol, par exemple) puisse le partager sans émotion apparente. Il peut aussi exister des troubles de la mémoire, une irritabilité une hypervigilance. Le fonctionnement de la personne est fortement altéré. Lorsque les troubles persistent, ils constituent un **syndrome de stress post-traumatique** qui est une réaction durable à un événement violent au cours duquel l'individu s'est senti impuissant et sa vie menacée. Cet événement peut être réel ou vécu comme tel. Il entraîne des stratégies d'évitement, des cauchemars, des flashs ou réminiscences, où la personne revit la scène lors d'événements déclenchants. La conséquence en est très fréquemment un état d'hypervigilance.

Les troubles bipolaires

La sévérité de ce groupe d'affections les rend importants à diagnostiquer. Les troubles bipolaires sont à l'origine d'une forte mortalité par suicide. Le retard au diagnostic est très fréquent (8 à 10 ans). La prévalence en médecine générale est de 3,7 %. Le diagnostic est clinique et s'avère souvent compliqué. Il existe deux catégories de troubles bipolaires. Leur présentation au début de l'affection est souvent peu clairement définie et difficile à catégoriser. S'il commence à la puberté, la variabilité de l'humeur est souvent mise sur le compte de l'adolescence. Des errements diagnostiques et une confusion avec la schizophrénie qui débute au même âge, peuvent s'observer. Chez un patient déprimé, il est difficile de savoir s'il développe uniquement une dépression ou un trouble unipolaire et s'il va avoir plus tard des troubles maniaques. Le praticien recherche le caractère récurrent

[30] https://papageno-suicide.com.

des troubles, une rupture avec le fonctionnement psychique antérieur. Le caractère pathologique du trouble peut ne pas être reconnu par le patient. Un épisode maniaque est classiquement associé à une élévation de l'humeur, une agitation psychomotrice, une hyperactivité, des idées de grandeur ou de toute puissance. Une antériorité familiale fait soupçonner fortement les troubles. En soins premiers, le risque est très grand de passer à côté d'épisodes d'hypomanie légers, transitoires, pour lesquels le patient ne consulte pas. La notion de changement brutal avec le fonctionnement habituel est à rechercher. Entre autres éléments, rechercher des troubles survenant juste après un accouchement, l'apparition d'une intolérance à l'antidépresseur avec apparition d'une agitation, les débuts et fins brutaux des épisodes dépressifs, des conduites sexuelles à risque vont parfois permettre de remettre en cause des diagnostics antérieurs et de rendre service à la personne. Soupçonner un trouble bipolaire incite le praticien à expliquer à son patient qu'un avis spécialisé est utile et très souvent nécessaire. Cette décision est motivée par la difficulté diagnostique et la nécessité de choix thérapeutiques différents de ceux de la dépression.

Les psychoses en soins primaires

Il s'agit principalement de la schizophrénie, même si ce trouble ne représente pas la totalité des troubles psychotiques. L'incidence annuelle, 0,01 %, soit environ 7 000 nouveaux cas par an pour un pays comme la France, caractérise le problème du médecin généraliste : diagnostiquer ce trouble est un événement rare en patientèle de soins premiers, ce d'autant que les événements aigus liés à la schizophrénie font que l'accueil direct par les urgences ou les services de psychiatrie n'est pas rare. Cependant, s'agissant d'une maladie chronique, la prévalence est importante : 600 000 personnes en France vivent avec cette maladie. Les signes peuvent être particulièrement difficiles à déceler au stade de début. Classiquement, cette maladie associe, la plupart du temps avant 25 ans, une déformation de la réalité (avec souvent des hallucinations, des propos délirants), des signes négatifs comme une aboulie, une apathie, un appauvrissement de la pensée, une désorganisation de celle-ci avec des troubles du langage et du comportement. Cependant, différencier cette affection avec un trouble bipolaire est difficile. L'influence de la consommation de drogues est une difficulté associée. Une rupture scolaire attire vraiment l'attention. Certaines maladies neurologiques (épilepsie) sont associées à la schizophrénie. La prise en charge est pluridisciplinaire, médicale (psychiatre, médecin généraliste, psychologue), sociale (assistants sociaux, travailleurs sociaux, associations de patients), très souvent en réseau. Le pronostic est intimement lié au recours précoce au traitement médicamenteux, à la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins, et de l'adhésion aux soins proposés. Les soins permettent de plus en plus souvent, jusqu'à la moitié des cas, de reprendre une activité sociale et parfois professionnelle. Il existe pour les autres des troubles résiduels et des rechutes, de gravité variable, qui compromettent gravement l'autonomie et entraînent des hospitalisations. Le médecin généraliste identifie au mieux les différents acteurs qui lui permettent de faciliter le circuit de soin de ces patients. Le suivi du patient psychotique est abordé ci-après.

Prises en charge

Le patient psychotique chronique et son suivi

Une communication spécifique

Chez ces patients souvent stabilisés par un traitement neuroleptique au long cours, le suivi présente un certain nombre de difficultés spécifiques. La première est d'ordre communicationnel : il s'agit de rentrer dans le monde du patient, de la personne. Une acceptation du discours de l'autre est nécessaire, ce discours pouvant naturellement être ou apparaître irrationnel. Le réflexe correcteur est à repérer (« *mais non, ces voix n'existent pas voyons !* » ou « *comment pouvez-vous dire ou ressentir cela, ce n'est pas vrai* »). Ce réflexe ne sert à rien, il va à l'encontre de l'alliance thérapeutique indispensable à la prise en charge. Dénier les troubles n'aide pas à soigner. L'écoute et l'acceptation des propos de l'autre, sans jugement aucun, sont nécessaires pour établir une relation fondée sur le respect et la confiance, seuls garants d'une histoire commune de qualité. Il ne s'agit pas d'approuver, il s'agit d'accepter et de comprendre. Les motifs exacts de consultation ne sont pas forcément ni apparents, ni énoncés.

La consultation pour demande ponctuelle

Parfois, il n'y a pas de motif identifiable, et c'est au fur et à mesure de la consultation que le désir du patient apparaît, qui est d'avoir un contact, de se raconter, de se faire examiner. L'habileté du médecin est de se détacher des mots et propos, « ce que dit le patient », pour se demander « qu'est-ce que cela signifie ? » et l'aider à exprimer (ou non) sa satisfaction. Une demande de prescription médicamenteuse prenant en charge un symptôme (douleur, malaise…) est particulièrement réfléchie en termes de balance bénéfices-risques et n'est pas souvent nécessaire sur le plan biomédical. Elle peut l'être sur le plan psychologique et social : le langage transmis par la prescription peut traduire de façon tangible et palpable ce que vient chercher le patient (« *J'ai été écouté, et entendu* »). Dans tous les cas, le médecin se méfie d'une attitude paternaliste en raison du handicap de fonctionnement mental perçu. Une décision partagée est tout à fait possible et souhaitable. Quelques exemples de question peuvent aider : « *Qu'attendez-vous de cette prescription ?* » « *Qu'est-ce que cela va changer pour vous ?* » « *Nous avons deux possibilités, je vous explique les avantages et les inconvénients, arrêtez-moi si vous ne comprenez pas tout.* » En fait, dès que l'obstacle théorique de la compétence présumée est levé, les patients souffrant de troubles psychotiques chroniques sont tout à fait comme les autres patients, au moins sur ce plan du partage des décisions.

Communiquer avec les autres professionnels de santé

La communication a lieu aussi avec les collègues psychiatres. Il existe des difficultés de transmission d'éléments médicaux précis concernant le diagnostic et le plan de traitement de ces patients. La crainte de divulgation d'un diagnostic à des tiers, avec des conséquences médico-légales, l'intrusion du collectif dans l'intimité du partage psychiatre-patient sont deux explications courantes. Cependant, il est du rôle du

médecin généraliste de colliger un diagnostic précis afin de bien communiquer. L'ancienneté des troubles, le diagnostic supposé (qui peut changer pour un même patient, en fonction des suivis) sont recherchés. Il est parfois bien difficile de savoir si un patient à des troubles bipolaires et/ou des composantes psychotiques et/ou une dépression surajoutée. D'autre part, en fonction de l'évolution des nomenclatures psychiatriques (les différentes versions du DSM), les dénominations et les critères diagnostiques changent régulièrement.

Le plus simple est de communiquer au psychiatre via le patient, par écrit, en expliquant que pour comprendre son problème, le comprendre et comprendre son traitement, un diagnostic est nécessaire. D'autre part, c'est souvent le médecin généraliste qui remplit les demandes d'ALD, de dossier MDPH et diverses demandes sociales. Des précisions sont alors indispensables en allant plus loin dans l'échange : quelles sont les possibilités fonctionnelles de ce patient ? Qu'est ce qui doit faire reconsulter le psychiatre en urgence ? Si jamais une hospitalisation est nécessaire, quel circuit effectuer ou proposer ? La place idéale d'un patient psychotique connu qui se déstabilise et décompense n'est pas dans un service d'urgence, mais dans une filière de soins pensée et anticipée. Il est souvent possible, une fois les liens tissés avec le réseau, de mieux fonctionner et prendre en charge le suivi des patients stabilisés en soins premiers. Ceci s'effectue parfois à la demande du patient ou naturellement du fait de l'apparition de pathologies associées. Le patient psychotique devient alors un patient comme un autre où les hiérarchies et priorités des diverses affections dont il est atteint, les choix du patient guident les décisions.

Le social

Ces personnes bénéficient souvent de mesures de protection (tutelle ou curatelle). Le patient demande parfois à alléger ces contraintes légales ressenties comme une brimade. La décision est consensuelle et, comme toute prescription, après exposé loyal du ratio avantages/inconvénients au patient. Avec son accord, une discussion avec le curateur pour mettre en relief les difficultés ou les griefs exprimés par le patient peut s'avérer nécessaire. Une évaluation de l'autonomie sociale peut également s'avérer très utile. Lorsque les patients ont plus de 60 ans, la complexité des situations peut amener à solliciter les dispositifs des réseaux gérontologiques ou des MAIA.

Traitements médicamenteux

Traitements antidépresseurs

Les prescriptions de ces traitements ont considérablement augmenté depuis 25 ans. L'étude des caractéristiques de prescription montre que les médecins généralistes sont prescripteurs de 60 à 80 % d'entre eux. La durée de prescription et la posologie sont souvent inadéquates. Entre 20 et 50 % des prescriptions ne sont pas justifiées par un diagnostic précis. Si l'on cumule l'ignorance des troubles, l'absence de traitement une fois le diagnostic établi, son inadéquation en dose ou en durée lorsqu'il est prescrit, seuls 10 % des patients reçoivent un traitement médicamenteux adéquat [32]. Un certain nombre de patients sous antidépresseurs n'a aucun diagnostic psychiatrique qui justifie leur prescription. Les raisons sont nombreuses. Les antidépresseurs sont vécus comme des médicaments utiles, peu addictogènes, contrairement aux anxiolytiques, et peu pourvoyeurs d'effets secondaires. Le focus des généralistes s'effectue surtout sur les difficultés diagnostiques face auxquelles le médecin généraliste se sent seul, et pas sur le surtraitement. Le maniement facile des ISRS et ISRSNa a fortement contribué à cet état de fait. Les échelles diagnostiques ou d'intensité sont peu utilisées, n'étant pas perçues comme une aide en pratique. De ce fait, les antidépresseurs sont facilement proposés en cas de suspicion diagnostique. L'influence favorable à leur prescription des situations sociales (chômage, problèmes judiciaires, isolement) est nette. Ils sont souvent prescrits dans des affections non psychiatriques, pour lesquelles les médecins généralistes se sentent démunis : syndrome douloureux inexpliqué diffus (souvent appelé fibromyalgie), démence, syndrome de l'intestin irritable, éjaculation prématurée, névralgies, douleurs neuropathiques, troubles somatiques d'origine inexpliquée, céphalées de tension, migraines [33–35]. L'étude des patientèles de médecins généralistes montre que 7 à 12 % des patients consomment des antidépresseurs, dont 35 % des prescriptions ne sont pas initiées par leur médecin généraliste, avec des variations importantes selon leur style de pratique. Résoudre ce problème est, pour les médecins généralistes comme pour les décideurs, abandonner l'idée d'un lien de causalité linéaire entre le trouble dépressif et la prescription. Le système est complexe : analyser et comprendre les multiples influences auxquelles le prescripteur est soumis, y compris celles des laboratoires pharmaceutiques, est un premier pas vers une prescription plus adéquate. Ce problème ne touche pas que les prescriptions d'antidépresseurs. Dans un domaine où les prescriptions reposent sur des faits plus étayés, comme celui de la prescription d'anticoagulants ou d'antihypertenseurs, par exemple, le taux de prescription inadéquate est élevé.

Les règles de prescription à bon escient des antidépresseurs sont regroupées dans le tableau 22.2.

Les données probantes manquent dans notre domaine d'activité de soins premiers : la réalité n'est perçue que sous l'angle de l'efficacité d'une molécule sur une maladie alors qu'il faudrait, pour aider les praticiens, effectuer des études d'efficience en situation de soins, souvent complexes. Les études pragmatiques, prenant en compte l'efficacité clinique, le statut fonctionnel, la qualité de vie, l'utilisation des ressources du système de soins et les coûts, manquent en soins premiers.

Quel antidépresseur ?

L'analyse des études détaillant les effets des antidépresseurs montre que peu ont été réalisées en situation de soins premiers, qu'elles l'ont toutes été sur des durées courtes (quelques semaines), pour la plupart financées par l'industrie, et que l'efficacité était modeste [36]. Les antidépresseurs tricycliques améliorent les patients dépressifs un peu moins (RR = 1,23 ; IC95 % = [1,01 ; 1,48]) que les ISRS (RR = 1,33 ; IC95 % = [1,20 ; 1,48]). La venlafaxine et la miansérine sont également efficaces. Aucune étude n'a été faite contre placebo. Le nombre de patients à traiter pour avoir un effet favorable mesurable allait de 7 à 16 pour les tricycliques et

Tableau 22.2 **Prescrire un antidépresseur ou attendre ? Les règles de base.**

Prendre le temps	Une prescription d'antidépresseur n'est pas une urgence : il faut lutter contre la prescription émotionnelle en cas de tristesse importante
Être centré sur le patient	La prescription est une décision partagée : cela nécessite plus d'une consultation et prévient les arrêts prématurés
	Exposition sincère des avantages et inconvénients connus des différentes options médicamenteuses ou non médicamenteuses
Débattre d'alternatives non médicamenteuses	L'alliance avec le patient est thérapeutique et peut suffire. Un carnet d'adresses de sophrologues, psychologues est utile
Évaluer l'intensité des troubles	Les dépressions légères ou modérées ne sont pas une bonne indication des antidépresseurs en première intention
Connaître les indications	Les pathologies psychiatriques et non psychiatriques sont parfois associées. Une prescription d'antidépresseur peut se justifier en cas d'indication « non psychiatrique ». Les molécules n'ont pas toutes le même niveau de preuve et il est important de les connaître
Repérer les situations à risque de dépression	Les patients polypathologiques, les patients à faible littératie ou bas niveaux socio-économiques font souvent partie des dépressifs oubliés
Penser biopsychosocial et prendre conseil	L'initiation de consultations sociales, de décisions collégiales dans les situations complexes est importante
Reconvoquer avant de prescrire	L'évolution favorable du patient est parfois surprenante

de 7 à 8 pour les ISRS. Le nombre de patients à traiter pour induire un effet indésirable variait de 4 à 90 selon les molécules, avec une moindre acceptabilité des tricycliques. Dans la totalité des études effectuées sur les antidépresseurs dans la dépression [37], les résultats sont similaires : la recherche de molécules associant une efficacité très probable et une moindre toxicité oriente vers les ISRS en première intention (fluoxétine, paroxétine, sertraline). C'est d'ailleurs le seul point sur lequel les guides de pratique internationaux s'accordent [38]. Tout ceci est à confronter à d'autres études qui montrent que 20 à 40 % des patients qui prennent un placebo s'améliorent [39].

Ces affirmations paraissent simples et les conséquences évidentes : selon la science, les antidépresseurs sont donc rarement indiqués en soins premiers. La réalité du soin est beaucoup moins simple. Personne ne sait qui est un « patient moyen ». Aucune évaluation précise n'a été effectuée pour les âges, le sexe des participants, la sévérité initiale des troubles et la durée de la maladie avant traitement. En réalité, l'efficacité des traitements varie beaucoup selon les patients.

L'introduction d'un antidépresseur se fait après information des patients sur la nécessité d'un traitement prolongé de plusieurs mois (4 mois au minimum après amélioration, 6 mois en tout). Malgré ces précautions, un patient sur deux environ arrête seul le traitement avant son terme. Le suivi est hebdomadaire, voire plus au début du traitement. La surveillance de conduites suicidaires est importante à l'initiation du traitement, bien que l'étude de la littérature ne permette pas de conclure facilement sur le risque exact [40, 41]. La co-prescription d'un anxiolytique n'est pas systématique et n'a pas de base factuelle. L'augmentation du traitement se fait par paliers. Un changement de traitement ne s'effectue que lorsque le traitement à dose suffisante a été poursuivi plusieurs semaines sans efficacité sur l'humeur. En l'absence d'efficacité, trois attitudes sont possibles : remettre en cause le diagnostic, changer de classe de molécule, prendre un avis spécialisé. Le choix des traitements de seconde ligne ne fait pas consensus dans les guides de pratique clinique [42].

Arrêt de travail

C'est une des composantes du traitement. Un épisode dépressif a souvent pour conséquence des arrêts de travail prolongés car de nombreux patients sont incapables d'avoir une activité. Le praticien agit, comme pour toute proposition thérapeutique, dans une posture centrée sur le patient et de décision partagée. L'analyse de chaque situation particulière est essentielle et des règles générales ne peuvent être édictées. Un arrêt de travail peut être favorable ou non, et est réévalué conjointement de façon régulière. Il permet de faire prendre conscience de l'importance de la maladie et du handicap. Le praticien n'hésite pas à verbaliser au patient qu'il est malade et souffrant, et que s'arrêter est aussi important que pour une autre cause. Cela permet de ne pas minimiser les troubles, de protéger la personne des situations conflictuelles au travail, de mettre un coup d'arrêt à une situation de surmenage, de permettre à la personne de prendre soin d'elle et de lui transmettre que c'est légitime de le faire. C'est une façon de prendre en charge l'estime de soi. À l'inverse, pour certains patients, faire le constat qu'ils ne sont « *même plus capables de travailler* » est une pensée non recevable. Poursuivre le travail est un moyen de conserver cette estime de soi ou un moyen d'échapper à une situation familiale délétère (conflit, divorce…). En cas d'incapacité majeure de travail, plusieurs semaines d'arrêt sont nécessaires. Les modalités de reprise sont progressives, anticipées, souvent dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique. La réussite de la reprise est un enjeu et est également thérapeutique en soi. Le praticien freine parfois son patient qui culpabilise de ne pas reprendre, parfois lui montre l'intérêt d'une reprise sur la prise en charge de ses troubles. Dans les états dépressifs récurrents ou prolongés, qui sont un état chronique, cette attitude ouverte du praticien permet de trouver un équilibre entre deux nécessités : celle de conserver à la personne son autonomie, dont les capacités de travail sont une composante, et celle de la préserver et de faire le constat d'un handicap pouvant déboucher, pour certains patients, sur une invalidité qui prend alors le relais de l'arrêt de travail.

Non-efficacité du traitement

La **première question** concerne l'adhésion du patient au traitement. S'interroger sur l'observance des patients est sage. Il suffit de parler franchement avec le patient, de le mettre à l'aise en créant une atmosphère non culpabilisante, en soulignant auprès de lui que nombreux sont les patients qui n'arrivent pas à prendre régulièrement leur traitement.

Un **deuxième réflexe** est de réévaluer le diagnostic. Un problème clinique fréquent est la non-identification des états mixtes dépressifs (cf. supra, les troubles bipolaires). Il s'agit d'évoquer un état dépressif qui associe au second plan un certain nombre de symptômes appartenant à la série maniaque, souvent masqués par la dépression — les symptômes clés peuvent être la tension et l'irritabilité, la tachypsychie subjective, l'agitation. Ces états, qui surviennent souvent chez des individus avec des antécédents familiaux de troubles bipolaires ou un tempérament hyperthymique ou cyclothymique, peuvent être induits par des traitements antidépresseurs.

Un **troisième réflexe** est d'évoquer un trouble de la personnalité de type état limite ou *borderline*. La dépression ne serait qu'une expression de ce trouble. Parfois la schizophrénie ou même la démence sont à évoquer.

Un **quatrième réflexe** est de rechercher des comorbidités pouvant contribuer à pérenniser l'état dépressif. Des abus de substances ou un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention sont à évoquer. L'hypothyroïdie infraclinique est également recherchée.

Un **cinquième réflexe** est de s'interroger avec son patient sur les effets secondaires des traitements médicamenteux. Sécheresse muqueuse, troubles sexuels, prise de poids, constipation sont autant de raisons pour le patient de suspendre son traitement, et pour le généraliste de l'aider. Une prise de poids de 5 % du poids initial dans le premier mois de traitement est un marqueur de risque qui suscite l'attention du praticien.

Enfin, la prise en charge de la personne ne concerne pas que le traitement médicamenteux.

Prises en charge non médicamenteuses

Nombre de situations relèvent de soins non médicamenteux, isolément ou en complément d'un médicament. Ils sont parfois à l'initiative du patient. En ce sens, ces initiatives sont à encourager, car elles sont la traduction de sa volonté de se prendre en charge, de se soigner, plutôt que d'être soigné passivement. Le rôle crucial de l'alliance thérapeutique dans le soin explique la plupart de leurs effets. L'effet controversé des antidépresseurs incite à rester modeste dans ses propos. Le médecin généraliste est néanmoins attentif à ne pas retarder une prise en charge médicamenteuse ou un avis spécialisé. La recherche de niveaux de preuve dans la littérature est troublante, car de nombreux essais de thérapies non médicamenteuses ne concernent pas les patients vus en soins primaires mais des populations spécifiques [43]. La généralisation est difficile. Un repère central est que les soins en collaboration sont associés à une amélioration significative des résultats par rapport aux soins habituels [44].

La **psychothérapie de soutien** du généraliste est bénéfique [45]. Le praticien consolide l'alliance thérapeutique, énonce son soutien, transfère de l'information sur la maladie et son évolution, exprime le rôle de l'entourage dans le soin. Le patient entend et comprend que son comportement influence la récupération de son état. La relation se fonde sur la confiance, dans une attitude non moralisatrice, associée à une surveillance active et régulière. Sur un mode motivationnel, peu directif et/ou inspiré des techniques de non-directivité du psychologue Carl Rodgers, le généraliste fixe avec son patient des objectifs faisables et atteignables en maintenant un équilibre entre nécessité et plaisir.

Les interventions psychosociales effectuées par le médecin généraliste ont été moins étudiées et leur fondement scientifique reste à prouver [46]. Cela concerne l'hygiène du sommeil, la structuration de la journée, la planification des activités (levers, couchers, repas, planification des autres activités, professionnelles ou non) et la résolution de problèmes. Un plan de travail, un journal d'activités peuvent rendre service.

L'**activité physique** a montré une efficacité réelle dans les dépressions non sévères. Ce moyen est simple à prescrire. La difficulté réside plutôt dans la réalisation pratique des deux à trois séances par semaine d'exercice, car si le patient se sent le plus souvent soulagé de réaliser les exercices, leur initiation nécessite une aide qui n'est pas forcément facile à trouver dans de nombreuses situations d'isolement [47].

Les **psychothérapies** sont extrêmement diverses dans leurs approches. Les plus couramment utilisées sont les thérapies analytiques (dont la psychanalyse), les thérapies familiales et les thérapies comportementales. Elles apportent globalement un soulagement, sinon une amélioration pour les personnes souffrant de dépression, avec peut-être un faible avantage pour les thérapies comportementales. Il est possible que la préférence du patient pour une approche thérapeutique plutôt qu'une autre, joue un rôle dans d'efficacité de la prise en charge [48, 49]. La bibliothérapie semble prometteuse [50]. La méditation en pleine conscience peut être conseillée, aussi bien pour l'anxiété et la dépression, de même que le yoga. Les preuves sont moindres ou absentes pour le Taï-Chi et le Qi gong, le Reiki [51]. L'hypnose est utilisable également, en l'absence de données probantes selon l'Inserm.

Les **associations de patients** et l'**accompagnement des personnes** : le rôle de ces structures est fondamental, que le déficit psychique soit transitoire ou permanent. L'accompagnement se fait avec la personne, de façon graduelle, personnalisée, variable en intensité ou au fil du temps. Il peut prendre la forme d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), qui est un dispositif médico-social s'adressant à des adultes en situation de handicap vivant de manière autonome. Le *Job Coaching* permet d'accompagner la personne dans son emploi. Des structures personnalisées (foyer de vie, foyer ou maison d'accueil spécialisé) ont pour rôle l'hébergement. D'autres comme les établissements d'aide par le travail (ESAT), l'entreprise adaptée ou le centre de réadaptation professionnel sont plus tournés vers la réhabilitation par le travail. L'accompagnement concerne aussi les programmes d'éducation thérapeutique et de psychoéducation, souvent promus par les associations de patients. Entretiens motivationnels, remédiation sociale, *pair-aidance*, groupes d'entraide, entraînements cognitifs, ergothérapie, soutien des familles concernent plus directement les patients dont le trouble s'inscrit dans la durée. Les sites Internet des associations recensent les structures spécialisées pour les personnes adultes vivant avec un handicap psychique.

Le médecin généraliste avec un patient vivant un problème de santé mentale

- Connaître la **variété des manifestations** de la souffrance.
- Communiquer sur la **souffrance ressentie** et sa légitimité.
- Évaluer l'intensité et les **répercussions du trouble** que l'on cherche à qualifier.
- Prendre le temps, avec le patient de différencier **réaction logique** à un événement et **trouble pathologique**.
- Attendre et intégrer **l'évolution naturelle** des troubles.
- Différencier **deuil** et dépression.
- Évaluer méticuleusement le **risque** avec le patient, si l'option du suicide apparaît en consultation.
- Prescrire en mobilisant des habiletés de **décision médicale partagée**.
- Évaluer le risque **global** (cardiovasculaire, cancers…) avec le patient.

Remerciements

Le Pr Alain Mercier remercie Olivia Gross, directrice de la chaire de recherche sur l'engagement des patients et des usagers du système de soin de l'université Sorbonne-Paris Nord, pour sa relecture de ce chapitre.

Références

[1] Organisation mondiale de la santé. Santé mentale. [En ligne]. Genève: WHO. World Health Organization. Disponible sur: http://www.who.int/topics/mental_health/fr/.
[2] Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie Paris: 2018.
[3] Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. Rapport IRDES nº 485. Biblio nº 277 199909. [En ligne] Paris: IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé); 1999. Disponible sur : www.irdes.fr.
[4] Gandré C, Coldefy M. Questions d'économie de la santé, IRDES. nº 250. [En ligne] Paris: IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé); 2020. Disponible sur : www.irdes.fr.
[5] Ha C, Decool E, Chan Chee C. BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2017, p. 500–8. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017.
[6] Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". World Psychiatry 2011;10(3):226–8.
[7] Goldberg D. The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry 2010;9(1):16–20.
[8] Wittchen HU, Mühlig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. Dialogues Clin Neurosci 2003;5(2):115–28.
[9] Lamberts H, Magruder K, Kathol RG, Pincus HA, Okkes I. The classification of mental disorders in primary care: a guide through a difficult terrain. Int J Psychiatry Med 1998;28(2):159–76.
[10] Nease Jr DE, Volk RJ, Cass AR. Investigation of a severity-based classification of mood and anxiety symptoms in primary care patients. J Am Board Fam Pract 1999;12(1):21–31.
[11] Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford, New York: Oxford University Press; 2012. 304 p.
[12] Revest JM, Dupret D, Koehl M, Funk-Reiter C, Grosjean N, Piazza PV, Abrous DN. Adult hippocampal neurogenesis is involved in anxiety-related behaviors. Mol Psychiatry 2009;14(10):959–67.
[13] Joseph R. Environmental influences on neural plasticity, the limbic system, emotional development and attachment: a review. Child Psychiatry Hum Dev 1999;29(3):189–208.
[14] Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. Lancet 2007;370(9592):1089–100.
[15] Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2007;64(7):830–42.
[16] Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud: GMS Global Média Santé; 2015.
[17] Baik SY, Gonzales JJ, Bowers BJ, Anthony JS, Tidjani B, Susman JL. Reinvention of depression instruments by primary care clinicians. Ann Fam Med 2010;8(3):224–30.
[18] Keriel-Gascou M, Figon S, Letrilliart L, Chaneliére M, Colin C. Classifications et définitions des événements indésirables associés aux soins primaires: une synthèse de la littérature. Presse Med 2011;40(11):e499–505.
[19] Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015.
[20] Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. Presse Med 2019;48(4):365–75.
[21] Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr 2008;23(7):469–76.
[22] Walker EA, Katon WJ, Keegan D, Gardner G, Sullivan M. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. Gen Hosp Psychiatry 1997;19(5):315–23.
[23] Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. JAMA 2002;287(2):203–9.
[24] Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. J Gen Intern Med 2001;16(3):143–9.
[25] Delézire P, Gigonzac V, Chérié-Challine L, Khireddine-Medouni I. Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd 2019;(3-4):65–73. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019.
[26] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine 2008;4(6):279–83.
[27] Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? J Affect Disord 2015;170:150–4.
[28] O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2013;158(10):741–54.
[29] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E. et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidémiol Hebd 2019;(3-4):38–47.
[30] Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). Encephale 2005;31(2):182–94.
[31] Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire: adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. Encephale 2009;35(6):560–9.
[32] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Saint-Denis: ANSM (Afssaps); 2006.
[33] Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, Schuers M, Boulet P, Hermil JL, Van Royen P, Peremans L. Evidence of prescription of antidepressants

for non-psychiatric conditions in primary care: an analysis of guidelines and systematic reviews. BMC Fam Pract 2013;14:55.

[34] Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, Van Royen P, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. BMC Fam Pract 2011;12:99.

[35] Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J-P, et al. Why do general practitioners prescribe antidepressants to their patients? A pilot study Biopsychosoc Med 2014;8:17.

[36] Arroll B, Chin W-Y, Martis W, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. J Prim Health Care 2016;8(4):325–34.

[37] Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018;391(10128):1357–66.

[38] Gabriel FC, de Melo DO, Fráguas R, Leite-Santos NC, Mantovani da Silva RA, Ribeiro E. Pharmacological treatment of depression: A systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. PloS One 2020;15(4), e0231700.

[39] Roose SP, Rutherford BR, Wall MM, Thase ME. Practising evidence-based medicine in an era of high placebo response: number needed to treat reconsidered. Br J Psychiatry 2016;208(5):416–20.

[40] Dissimulation du risque de suicide. Accès aux données brutes d'un essai de la paroxétine. Rev Prescrire 2017;37:402.

[41] Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. J R Soc Med 2016;109(10):381–92.

[42] Perdrix C, Imbert P. Thérapeutique en médecine générale. Saint-Cloud: GMS; 2020.

[43] Driot D, Bismuth M, Maurel A, et al. Management of first depression or generalized anxiety disorder episode in adults in primary care: A systematic metareview. Presse Med 2017;46(12 Pt 1):1124–38.

[44] Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev 2012;10, CD006525.

[45] Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. Gen Hosp Psychiatry 2008;30(4):293–302.

[46] Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database Syst Rev 2007;2007(3), CD003494.

[47] Activité physique et dépression. Une aide utile dans les formes légères à modérées. Rev Prescrire 2020;40(440):449–51.

[48] Ijaz S, Davies P, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;5(5), CD010558.

[49] Linde K, Rücker G, Sigterman K, et al. Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: network meta-analysis. BMC Fam Pract 2015;16:103.

[50] Gualano MR, Bert F, Martorana M, et al. The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials. Clin Psychol Rev 2017;58:49–58.

[51] Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and anxiety disorders: Benefits of exercise, yoga, and meditation. Am Fam Physician 2019;99(10):620–7.

Chapitre 23

Le patient présentant des troubles cognitifs

Laurent Letrilliart

PLAN DU CHAPITRE

Contexte et définitions 203
Troubles cognitifs 203
Troubles psychiques et comportementaux 203
Repérage des troubles cognitifs 204
Évaluation fonctionnelle 204
Bilan clinique et paraclinique 204
Diagnostic étiologique 204
Intérêt et limites du diagnostic des troubles cognitifs 206
Prise en soins 206
Conclusion 209

Contexte et définitions

La prévalence des syndromes démentiels est estimée à partir de la cohorte Paquid à environ 18 % des personnes de plus de 75 ans et à 47 % au-delà de 90 ans. Le nombre des patients atteints en France est supérieur à 850 000, et l'incidence de la maladie est estimée à 225 000 personnes par an. Tous stades confondus, seule une démence sur deux est diagnostiquée. Près de 80 % des démences seraient dues à une maladie d'Alzheimer et environ 10 % d'origine vasculaire [1].

Le diagnostic étiologique de maladie d'Alzheimer ne peut être que probable ou possible, le diagnostic de certitude étant anatomopathologique. Il existe des formes à début précoce (préséniles) et des formes à début tardif (séniles).

Troubles cognitifs

Le DSM-5 différencie les atteintes sévères (majeures) des atteintes légères (mineures). Les critères diagnostiques proposés pour cette différenciation des atteintes neurocognitives sont reproduits dans le tableau 23.1.

En cas de trouble neurocognitif, les critères de maladie d'Alzheimer sont les suivants :

- existence d'une mutation génétique familiale (diagnostic probable) ;
- présence de trois éléments :
  - déclin de la mémoire et de l'apprentissage,
  - déclin cognitif progressif et graduel,
  - absence d'autre étiologie (diagnostic possible).

La maladie d'Alzheimer est caractérisée au début par des troubles de la mémoire sur les faits récents, des oublis répétés et inhabituels et des difficultés d'apprentissage d'informations nouvelles. Ces troubles sont distincts des oublis bénins liés à l'âge, isolés, repérés par le médecin, peu évolutifs et portant essentiellement sur les noms propres.

Les autres fonctions cognitives susceptibles d'être altérées sont le langage (anomies), les praxies (gestes habituels), les gnosies (anosognosie des troubles, prosopagnosie), les fonctions exécutives (planification), l'attention et les autres fonctions intellectuelles (jugement, pensée abstraite, raisonnement…).

Le développement de ces troubles conduit à une perte d'autonomie fonctionnelle, qui caractérise le syndrome démentiel. L'atteinte du jugement et des fonctions exécutives rend le patient vulnérable, l'exposant à des risques d'accident et de spoliation.

Troubles psychiques et comportementaux

Chez un patient âgé, des troubles de l'humeur ou des troubles psychotiques (idées délirantes ou hallucinations) peuvent accompagner les troubles cognitifs, voire les révéler dans le cas d'une démence fronto-temporale. Un syndrome dépressif peut mimer ou accompagner voire inaugurer un syndrome démentiel, notamment dans la démence vasculaire et dans les formes légères de la maladie d'Alzheimer. L'existence d'hallucinations visuelles fait évoquer une démence à corps de Lewy, surtout si elles s'accompagnent de troubles cognitifs fluctuants et de signes extrapyramidaux. Les troubles du comportement (apathie ou agitation) surviennent habituellement à un stade relativement avancé de démence.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Tableau 23.1 **Classification des troubles neurocognitifs selon le DSM-5.**

	Critères diagnostiques
Trouble cognitif majeur	– Évidence d'un **déclin cognitif significatif**, en comparaison avec le niveau de performance antérieur, dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo-motrices, cognition sociale), observé par : • la personne elle-même, un proche ou un intervenant qui rapporte un déclin cognitif significatif • une performance cognitive nettement déficitaire documentée par des tests ou des outils cliniques quantitatifs reconnus – Retentissement sur l'autonomie dans les activités quotidiennes (besoin d'aide pour les activités requérant les fonctions exécutives) – Survenue en dehors d'un syndrome confusionnel – Absence d'une autre affection mentale expliquant mieux les troubles (notamment dépression ou schizophrénie)
	Le diagnostic inclut la précision de l'étiologie (Alzheimer, vasculaire, corps de Lewy, etc.), la présence ou non de comportements perturbateurs et le niveau d'atteinte de l'autonomie (légère, modérée ou sévère)
Trouble cognitif mineur	– Évidence d'un **déclin cognitif modeste**, en comparaison avec le niveau de performance antérieur, dans un ou plusieurs domaines cognitifs observés par : • la personne elle-même, un proche ou un intervenant qui rapporte un déclin léger dans certaines fonctions cognitives • une performance cognitive légèrement déficitaire documentée par des tests ou des outils cliniques quantitatifs reconnus – Absence de retentissement sur l'autonomie dans les activités quotidiennes (les fonctions cognitives même plus complexes sont préservées, mais les activités nécessitent un plus grand effort) – Survenue en dehors d'un syndrome confusionnel – Absence d'une autre affection mentale expliquant mieux les troubles
	Le diagnostic inclut la précision de l'étiologie (Alzheimer, vasculaire, corps de Lewy, etc.) et la présence ou non de comportements perturbateurs

(Source : American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2015.)

Repérage des troubles cognitifs

Le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou apparentée n'est pas recommandé en population générale [2]. En revanche, la HAS recommande que le diagnostic soit fait dès les premiers symptômes, en particulier en cas de troubles mnésiques, qu'ils soient signalés par les patients eux-mêmes ou par leur entourage.

Selon la HAS, l'évaluation cognitive initiale est effectuée à l'aide du *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (figure 23.1). Il comporte trente questions permettant d'évaluer l'orientation temporelle (5 points), l'orientation spatiale (5 points), l'apprentissage (3 points), l'attention et le calcul (5 points), la mémoire épisodique (3 points), le langage (8 points) et les praxies constructives (1 point). Le score maximal est de 30 points et, dans le cas général, un score inférieur ou égal à 23 est considéré comme « anormal ». En pratique, l'âge, le niveau socioculturel, l'activité professionnelle et sociale, ainsi que l'état affectif (anxiété et dépression) et le niveau de vigilance du patient sont à prendre en considération dans l'interprétation du résultat [3]. D'autres tests peuvent être utilisés, comme le test de l'horloge, le test des cinq mots ou le Codex. Cette évaluation cognitive initiale permet d'objectiver un déficit cognitif, sans porter un diagnostic étiologique à ce déficit ni même le diagnostic de démence.

Évaluation fonctionnelle

Le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne est apprécié en particulier à l'aide de l'échelle IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) simplifiée à quatre items (figure 23.2) Il s'agit des items les plus sensibles dans la détection précoce des démences : utilisation du téléphone, utilisation des moyens de transport, prise médicamenteuse, gestion du budget. Les patients sont suspectés de démence lorsqu'ils ne sont pas totalement autonomes pour l'un au moins des quatre items. En cas de troubles cognitifs, il est souhaitable de vérifier les résultats de ce test en interrogeant l'entourage du patient.

Bilan clinique et paraclinique

Des comorbidités sont recherchées : épisode dépressif caractérisé, anxiété, maladie cardiovasculaire, dénutrition, insuffisance rénale, trouble métabolique, apnées du sommeil, complication iatrogène, prise de toxiques.

L'examen physique apprécie les éléments suivants : l'état général (poids) et cardiovasculaire (HTA, trouble du rythme), le degré de vigilance (confusion mentale), les déficits sensoriels (visuels ou auditifs) et moteurs, les signes neurologiques éventuels.

Le bilan sanguin comprend : TSH, hémogramme, CRP, ionogramme sanguin avec calcémie, glycémie, clairance de la créatinine. En fonction du contexte clinique, il est envisageable d'y ajouter : vitamine B12, folates, transaminases, γGT, TPHA-VDRL, sérologie de la maladie de Lyme.

Une imagerie cérébrale est pratiquée : IRM ou, à défaut, tomodensitométrie sans injection.

Diagnostic étiologique

Au terme de ce bilan initial, le médecin généraliste oriente le patient si nécessaire et avec son accord (et/ou celui de son entourage), vers un spécialiste neurologue ou gériatre, ou vers un centre spécialisé, pour porter un diagnostic étiologique à partir d'une évaluation neuropsychologique approfondie et proposer un plan personnalisé de prise en charge. Les quatre causes les plus fréquentes de syndrome démentiel chez les sujets âgés sont la maladie d'Alzheimer, les démences vasculaires, la démence à corps de Lewy et les démences fronto-temporales. Le DSM-V inclut les causes secondaires de démence liées aux affections générales telles que l'hypothyroïdie, la carence en vitamine B12 ou

Mini Mental State Examination (version consensuelle du GRECO)

Nom : *Prénom :* *Date de l'examen :* *Date de naissance :* *Âge :* *Niveau culturel :* *1. Études primaires 2. Études secondaires 3. Études supérieures*
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Orientation
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? *Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant. Coter 0 ou 1.* **1 -** En quelle année sommes-nous ? **2 -** En quelle saison ? **3 -** En quel mois ? **4 -** Quel jour du mois ? **5 -** Quel jour de la semaine ?
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons. *Coter 0 ou 1.* **6 -** Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? **7 -** Dans quelle ville se trouve-t-il ? **8 -** Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? **9 -** Dans quelle province ou région est situé ce département ? **10 -** À quel étage sommes-nous ici ?
Sous-total : /10
Apprentissage
Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. *Coter 0 ou 1.* **11 -** Cigare **12 -** Fleur **13 -** Porte
Répétez les trois mots.
Sous-total : /3
Attention et calcul
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? **14 -** 100 – 7 = 93 **15 -** 93 – 7 = 86 **16 -** 86 – 7 = 79 **17 -** 79 – 7 = 72 **18 -** 72 – 7 = 65
Sous total : /5
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot « MONDE » à l'envers ? (« EDNOM ») *Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct : ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.*
Rappel
Pouvez-vous me dire quels étaient les trois mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ? **19 -** Cigare **20 -** Fleur **21 -** Porte
Sous-total : /3

Fig. 23.1 *Mini-Mental State Examination.* Version française consensuelle du GRECO.
(Source : Derouesne C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. [MiniMental State Examination:a useful method for the evaluation of the cognitive status of patients by the clinician. Consensual French version]. Presse Med 1999;28(21):1141–8.)

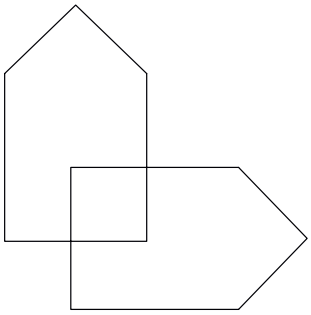
Langage
22-*Montrer un crayon.* Quel est le nom de cet objet? **23-***Montrer une montre.* Quel est le nom de cet objet? **24-**Écoutez bien et répétez après moi : « Pas de mais, de si, ni de et »
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire : **25-**Prenez cette feuille de papier avec la main droite **26-**Pliez-la en deux **27-**Et jetez-la par terre **28-***Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet* : Faites ce qui est écrit. **29-***Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo,en disant :* Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Sous-total : /8
Praxies constructives
30-*Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :* Voulez-vous recopier ce dessin.  *Compter 1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur deux côtés différents.*
SCORE TOTAL (0 à 30): /30
Pour éliminer la possibilité d'une détérioration, le score total doit être supérieur ou égal à 24. Les troubles de mémoire liés à l'âge ne donnent pas de scores inférieurs à 24.

Fig. 23.1 Suite.

en folates, la pellagre, l'hypercalcémie, la neurosyphilis ou l'infection par le VIH.

Intérêt et limites du diagnostic des troubles cognitifs

Le diagnostic précoce d'un syndrome démentiel permet d'organiser une prise en charge médico-sociale, afin d'assurer une meilleure qualité de vie aux patients et aux aidants.

Le diagnostic d'un trouble cognitif mineur peut permettre d'éliminer un diagnostic différentiel curable (confusion, anxiodépression) et de proposer au patient de participer à un projet de recherche (épidémiologique ou thérapeutique). Les inconvénients du diagnostic au stade pré-démentiel sont liés au caractère potentiellement réversible du trouble cognitif mineur, à l'absence de traitement validé et au risque d'anxiété réactionnelle. Le diagnostic est recommandé « *au moment opportun* », dans le cadre d'une stratégie graduée et personnalisée, élaborée par le Collège de la médecine générale et la fédération des centres mémoires de ressources et de recherche (CMRR) [4].

Prise en soins

La prise en soins des patients atteints d'un trouble cognitif majeur est globale et prend en compte les comorbidités, notamment cardiovasculaires ou sensorielles. Les interventions non médicamenteuses sont privilégiées malgré leur niveau de preuve limité. La stratégie thérapeutique est pluridisciplinaire et comporte un plan de soins et d'aides intégrant l'accompagnement du patient et des aidants. L'aidant familial est considéré comme un partenaire de soins dans la prise en charge de son proche atteint de syndrome démentiel. Une attention particulière est apportée à l'aidant par le médecin généraliste pour évaluer la charge matérielle et affective ressentie, et l'accompagner dans ce rôle.

En cas d'agitation, d'agressivité ou de symptômes psychotiques, une cause environnementale, psychique (anxiété, dépression, décompensation d'une maladie psychiatrique) ou somatique (rétention urinaire, troubles métaboliques, iatrogénie, douleur…) est recherchée et les approches non médicamenteuses, notamment la prise en charge relationnelle et comportementale sont privilégiées.

Si un trouble cognitif mineur a été diagnostiqué, le patient bénéficie d'une simple surveillance.

IADL (*instrumental activities of daily living*) simplifié

Ces quatre activités doivent faire l'objet d'une cotation de 1, 2, 3 ou 4 points selon les items. Vous devrez pour chaque item attribuer le score en fonction de la grille de cotation. La cotation est fondée sur les réponses du patient et/ou en tenant compte de l'avis de la personne vivant avec lui au quotidien. Dans un deuxième temps, pour fonder votre décision pratique, vous simplifierez la cotation de chacun des items en codage binaire 0 ou 1.

- Codez 0 : *tout item pour lequel le sujet est autonome (la cotation ne dépasse pas 1).*

- Codez 1 : *tout item pour lequel le sujet est dépendant (la cotation est supérieure ou égale à 2)*

Capacité à utiliser le téléphone **0/1**

1. Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.
2. Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
3. Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas.
4. Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

Moyens de transport **0/1**

1. Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en communs ou avec ma propre voiture).
2. Je peux me déplacer seul(e) en taxi, mais pas en autobus.
3. Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e).
4. Je ne me déplace pas du tout.

Prise de médicament **0/ 1**

1. Je m'occupe moi-même de la prise (dose et horaires).
2. Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés a l'avance.
3. Je suis incapable de les prendre moi-même.

Gérer son argent **0/ 1**

1. Je suis totalement autonome (budget, chèques, factures).
2. Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour. mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme.
3. Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

Résultats

3 ou 4 items sont codés 1 : diagnostic de maladie probable

1 ou 2 items sont codés 1 :

- si la modification est intervenue dans l'année, envisager un Alzheimer

- si la modification n'est pas intervenue dans l'année :

- il y a une plainte mnésique : envisager un Alzheimer

- pas de plainte mnésique : refaire le test l'année suivante

Fig. 23.2 Échelle IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) simplifiée à quatre items.
(D'après : Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist 1969;9(3):179–86.)

Approches non médicamenteuses [5]

Traitements non médicamenteux

Outre les soins infirmiers, la HAS recommande l'intervention à domicile d'équipes spécialisées (comportant un psychomotricien, un ergothérapeute et un assistant de gérontologie) pour accompagner, stimuler et aider à la réadaptation des patients, sous une forme adaptée à l'intensité de leurs troubles. Une prise en charge psychologique ou psychiatrique est proposée au patient. Une prise en charge orthophonique est indiquée en cas de troubles du langage ou de la déglutition, et une prise en charge kinésithérapique en cas de limitations de la motricité, afin de maintenir les activités physiques et psychosociales du patient et de prévenir les complications liées à la maladie. En institution, la stimulation cognitive peut être assurée par un psychologue, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un orthophoniste.

Les symptômes comportementaux des démences (agitation, agressivité, désinhibition) peuvent être améliorés notamment par la musicothérapie, l'aromathérapie ou les massages. En cas de troubles du comportement

perturbateurs nécessitant une hospitalisation, une unité cognitivo-comportementale ou une unité de soins Alzheimer est privilégiée dans la mesure du possible. Les symptômes psychologiques (anxiété, dépression, apathie, irritabilité, états délirants) peuvent bénéficier de la musicothérapie et d'activités récréatives. La formation des aidants sur la maladie et sa prise en charge est essentielle.

Prise en charge médico-sociale

Selon leur niveau d'incapacité et leurs besoins, les patients de moins de 60 ans peuvent prétendre bénéficier de l'allocation adulte handicapé (AAH), de la prestation de compensation du handicap (PCH) (jusqu'à 65 ans) ou d'une pension d'invalidité. Après 60 ans, une allocation personnalisée à l'autonomie (APA) peut leur être attribuée en fonction de leur niveau d'autonomie évalué selon la grille AGGIR. Les dossiers sont à déposer auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces aides peuvent contribuer au financement d'une auxiliaire de vie ou d'une aide ménagère.

Le recours aux accueils de jour ou temporaires permet de soulager provisoirement l'entourage. Les aidants naturels peuvent prendre contact avec des associations de familles de patients atteints de démence, qui sont en mesure de mettre en œuvre des systèmes d'entraide et de solidarité. Un proche parent salarié peut bénéficier d'un congé non rémunéré pour s'occuper d'un patient ayant une perte d'autonomie particulièrement grave. Dans le cas d'une situation de fin de vie, le proche parent bénéficie du congé de solidarité familiale, d'une durée maximale de 3 mois, qui lui permet d'assister le patient.

Il est nécessaire d'évaluer régulièrement l'état médical physique et psychique de l'aidant principal et des proches, afin de détecter et prendre en charge notamment une souffrance, un épuisement ou une dénutrition. L'attention est portée aussi aux risques de maltraitance. Enfin, certaines situations à risque sont à discuter avec notamment une information sur les risques de la conduite automobile. Dans certains cas, il est nécessaire de proposer une mise sous sauvegarde de justice, sous curatelle ou sous tutelle.

Thérapeutiques médicamenteuses [6]

Traitements spécifiques

Les quatre médicaments disponibles dans la maladie d'Alzheimer sont considérés comme spécifiques, à visée uniquement symptomatique et non curative. Les essais contrôlés randomisés ont montré qu'ils avaient une efficacité minime, inconstante et transitoire sur l'état des patients. Les échelles utilisées pour évaluer leurs bénéfices sont peu pertinentes sur le plan clinique. Les preuves manquent concernant leur impact sur l'entrée en institution, la qualité de vie, le décès ou la charge des aidants. Ces médicaments ont des effets indésirables parfois graves et exposent à des interactions médicamenteuses fréquentes. La commission de la transparence de la HAS a considéré comme insuffisant le service médical rendu par ces médicaments, avec leur déremboursement par l'Assurance Maladie en 2018.

La prescription initiale annuelle de ces médicaments est réservée aux neurologues, aux psychiatres et aux gériatres. Leur renouvellement est possible par tous les médecins. Un ECG à la recherche d'un trouble du rythme ou de la conduction est à réaliser avant la prescription d'un anticholinestérasique. La fonction rénale est à évaluer avant la prescription de mémantine. Si l'un de ces médicaments est prescrit, son efficacité et ses effets indésirables sont réévalués après 6 mois puis au minimum une fois par an. Pour les patients traités par l'un de ces médicaments, l'interruption est progressive en raison d'un risque de syndrome de sevrage avec majoration des troubles cognitifs ou du comportement.

Traitements non spécifiques

En cas de prescription médicamenteuse, les doses les plus faibles possibles sont utilisées et les molécules ayant une activité anticholinergique sont à éviter (antidépresseurs tricycliques, oxybutynine, métopimazine, etc.).

Le recours à des traitements psychotropes est envisagé en présence de troubles dépressifs et/ou de troubles psycho-comportementaux, après analyse de leur balance bénéfices-risques.

Antidépresseurs

En cas de dépression associée, les antidépresseurs peuvent être utilisés, en préférant les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, mieux tolérés, en particulier sur le plan cognitif.

Anxiolytiques et hypnotiques

Les benzodiazépines à demi-vie longue sont à éviter en raison de leurs effets sédatifs, myorelaxants (risque de chute) et pro-amnésiants. En cas d'anxiété importante, une molécule à demi-vie courte peut être administrée pendant quelques jours.

Neuroleptiques

En cas d'agitation importante ou répétée ou de danger pour le patient ou son entourage, un neuroleptique peut être prescrit pendant quelques jours ou semaines, en sachant qu'il peut altérer les capacités cognitives et augmenter la mortalité et le risque d'accident vasculaire cérébral (et les signes extrapyramidaux en cas de démence à corps de Lewy). Les antipsychotiques ayant peu d'effet anticholinergique sont alors préférés, en particulier la rispéridone ou l'olanzapine, ou le tiapride pour son effet sédatif.

Autres

De nombreuses molécules, incluant la sélégiline, le piracétam, la vitamine E, le ginkgo biloba, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les estrogènes et les statines, ont été testées dans la prévention ou le traitement de la maladie d'Alzheimer, sans apporter la preuve de leur efficacité.

Dans les **démences vasculaires et mixtes**, le traitement médicamenteux repose sur la prise en charge des facteurs de risque vasculaires, notamment l'hypertension artérielle.

Plan de soins et d'aides

Ce plan est mis en place en accord avec le patient et sa famille. Il est repris dans l'encadré suivant.

Plan de soins et d'aides

1. Mise en place de l'ALD 15.
2. Interventions non médicamenteuses.
3. Remédiation cognitive par orthophoniste ou en équipe de soins.
4. Traitements médicamenteux si nécessaire.
5. Soins des autres comorbidités.
6. Prise en charge des facteurs de risque.
7. Surveillance nutritionnelle.
8. Évaluation du risque de chute et prévention.
9. Mise en place des aides :
   - orientation vers les services sociaux ;
   - aide à domicile si nécessaire ;
   - information sur les associations de patients et de famille de patients.
10. Suivi médical du patient.
11. Suivi de l'aidant principal.

Conclusion

La plainte mnésique est une situation courante en médecine générale, qu'elle vienne de la personne elle-même ou de son entourage. Si le dépistage des troubles neurocognitifs n'est pas souhaitable en l'absence de traitement curatif efficace, l'écoute et l'exploration de la plainte est nécessaire. La prise en soins graduée et adaptée permet parfois de rassurer le patient. Elle permet aussi de repérer des pathologies curables. Si le diagnostic de trouble cognitif est avéré, le plan de soins comprend une approche globale et pluriprofessionnelle, coordonnée autour du patient et de sa famille. Le fardeau de celle-ci est à prendre en compte par le médecin généraliste tout autant que le vécu de la maladie par le patient.

Références

[1] Letrilliart L, Pouchain D. Syndrome démentiel et maladie d'Alzheimer : approche diagnostique. exercer 2011;96:52–6.
[2] Haute Autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis: HAS; 2011.
[3] Le Hugonot-Diener L. Mini-Mental Status Examination ou MMSE version consensuelle GRECO. Rev Geriatr 2007;32:225–9.
[4] Krolak-Salmon P, Letrilliart L, Ceccaldi M, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de la médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. Presse Med 2017;47:75–83.
[5] Spijker A, Vernooij-Dassen M, et al. Effectiveness of non-pharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: a meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2008;56:1116–28.
[6] Letrilliart L, Pouchain D. Prise en charge thérapeutique de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées. exercer 2011;97:100–8.

Chapitre 24

Le patient présentant des troubles du sommeil

Juliette Chambe, Pauline Cordonnier

PLAN DU CHAPITRE

Généralités 211
Plainte de sommeil de début de consultation . 212
Plainte de sommeil en cours de consultation . 219
Plainte de sommeil en fin de consultation. . . . 220
Pas d'abord du sommeil 220
Consultation dédiée. 221
Prise en charge médicamenteuse 222
Conclusion. 223

Généralités

Le sommeil occupe près d'un tiers de notre vie… mais une proportion beaucoup plus faible des consultations de médecine générale.

Les troubles du sommeil expriment des dimensions somatiques, psychologiques et sociales des patients, que ce soit lors d'une plainte d'insomnie, d'un syndrome d'apnée du sommeil ou d'un accident du travail survenu en contexte de somnolence. Ils sont l'illustration de la représentation biopsychosociale et de la prise en charge globale en médecine générale.

Ce qui se dit sur le sommeil lors de ces consultations n'est souvent que la partie émergée de l'iceberg. Son exploration minutieuse peut ouvrir une nouvelle dimension du soin et de la relation. Ouvrir cet espace n'est pas aisé. Pour le patient, il s'agit souvent de dévoiler une part de son intimité. L'aborder peut signifier bousculer un fonctionnement, certes insatisfaisant, mais qui a trouvé un équilibre. Pour le médecin, c'est être disposé à prendre du temps à écouter et à se retrouver dans une impasse, avec l'impression de ne pas pouvoir aider le patient ni de lui apporter de réponse adaptée. C'est être prêt à entendre des récits de vie difficiles à accompagner. C'est aussi la complexité de la réponse médicamenteuse, dont la facilité de prescription à court terme ne doit pas occulter les problématiques survenant à moyen terme.

Les troubles du sommeil recouvrent des situations très variées et la prise en soins est hétérogène. Nous proposons donc d'organiser la réflexion autour du moment auquel survient la question du sommeil au cours de la consultation.

En début de consultation

C'est le patient qui évoque ce motif : il consulte parce que son sommeil est ressenti comme anormal ou insatisfaisant (figure 24.1) :

- soit c'est *le sommeil nocturne* qui lui pose problème : le patient peine à trouver et/ou retrouver le sommeil en cas de réveils nocturnes ;
- soit c'est *une somnolence diurne* qui gêne le patient : cette plainte principale peut être associée avec la fatigue, mais parfois aussi confondue ;
- soit ce sont des *phénomènes accompagnants le sommeil* qui gênent le patient ou la personne partageant son sommeil : ronflements, apnée, parasomnies, mouvements périodiques, clonies, sommeil agité.

En milieu de consultation

La question du sommeil est soulevée par le médecin au cours d'un interrogatoire explorant une autre plainte :

- lors du suivi d'une *pathologie chronique somatique*, cardiovasculaire ou métabolique éventuellement associée à un syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) : HTA, coronaropathie, diabète ;
- lors du suivi et/ou de la prise en charge d'une *pathologie psychiatrique ou psychosomatique* : dépression, anxiété, syndrome de stress post-traumatique… ;
- lors de l'interrogatoire explorant *une plainte plus générale* ou bien lors d'une *consultation de prévention* : douleurs chroniques, problème de poids, fatigue, demande de « bilan de santé », certificat de bonne santé… ;
- lors du renouvellement d'un traitement chronique présentant le risque d'altérer le sommeil : corticoïdes, bêtabloquants, tamoxifène…

En fin de consultation

Voire sur le pas de la porte, c'est la demande pharmacologique qui domine : demande hâtive du patient qui souhaiterait « *quelque chose pour dormir* ».

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

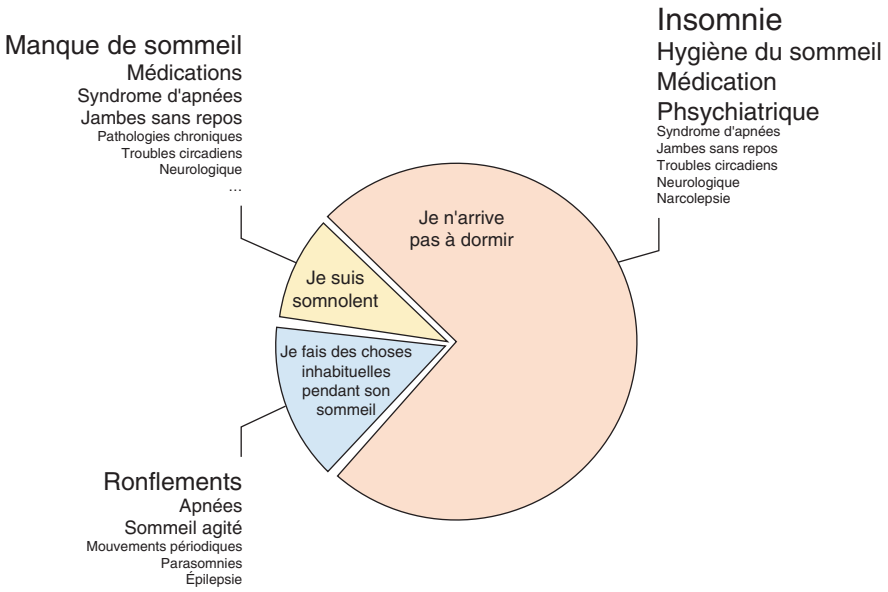


Fig. 24.1 Étiologies à évoquer selon le type de plainte du sommeil.

Absence de la consultation

Il y a enfin des consultations où le sommeil n'est plus un sujet et la seule trace en reste le renouvellement tacite du somnifère.

Cette temporalité a des conséquences sur la manière d'explorer, d'approfondir ou non la plainte, à prendre en compte dans la manière de répondre.

Quelles que soient la plainte et la façon dont elle s'intègre à la consultation, l'agenda du sommeil (cf. infra, figures 24.6 et 24.7) est un outil simple, facile à proposer qui permet d'objectiver cette plainte.

En précisant et en quantifiant le sommeil, il traduit le ressenti du patient en données concrètes. « *Je ne dors pas* » correspond autant à 2 heures de sommeil agité qu'à trois plages de 3 heures de bon sommeil, selon ce que le patient considère comme un sommeil suffisant.

L'étape de l'agenda du sommeil conduit alors à une **consultation dédiée** (cf. infra), où patient et médecin prennent le temps d'approfondir la question et de réfléchir à la prise en charge.

Plainte de sommeil de début de consultation

Les troubles du sommeil comptent parmi les dix premiers résultats de consultation en médecine générale et font rarement l'objet d'un motif unique [1]. Lorsque le patient consulte dans le but de trouver une solution à un problème lié au sommeil et aborde ce motif dès le début de la consultation, il est possible d'y consacrer toute la consultation, en explorant le motif, en évoquant les différents diagnostics et en proposant un début de prise en charge.

Une deuxième consultation est programmée, soit pour refaire le point sur les différents éléments abordés et poursuivre la prise en charge, soit pour l'orientation vers un autre spécialiste.

La première étape est d'identifier le type de plainte et de la préciser par des éléments d'abord somatiques, puis psychologiques et enfin socio-environnementaux.

Pathologies somatiques

De multiples pathologies somatiques chroniques occasionnent des troubles du sommeil en raison soit de leur symptomatologie (comme les douleurs, l'orthopnée dans l'insuffisance cardiaque…), soit de leur traitement (comme les corticoïdes, les bêtabloquants, le tamoxifène…). Le traitement de la cause d'un trouble du sommeil secondaire, lorsqu'il est possible, est un préalable à la prise en charge de ce trouble.

Syndrome:d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil

Le SAHOS est un des troubles intrinsèques du sommeil les plus fréquents, avec une prévalence estimée à 1 adulte sur 20, au moins deux fois plus fréquent chez les hommes [2].

Le médecin généraliste évoque ce diagnostic dans le cadre d'un dépistage et oriente le patient pour que le diagnostic soit confirmé ou infirmé.

Le SAHOS est une comorbidité fréquente chez les patients obèses, diabétiques, hypertendus, ou secondairement à une ischémie myocardique ou un accident vasculaire cérébral. Sa recherche s'intègre aux consultations dédiées au suivi de ces pathologies (cf. infra).

Les plaintes rapportées par le patient associent :

- des symptômes nocturnes : ronflements, polyurie, réveils brutaux, sensation d'étouffement, sueurs nocturnes, parfois insomnie ;
- des symptômes diurnes : céphalées matinales, asthénie, troubles de l'humeur, troubles de mémoire et somnolence diurne excessive (recherché avec le score d'Epworth, sous-évalué lorsque l'apnée est ancienne).

Le SAHOS et la dépression partagent certains symptômes, comme la somnolence diurne et la fatigue, les difficultés de concentration et l'irritabilité. Une association significative entre le SAHOS et la dépression, sans lien de causalité clairement établi, existe. Il peut, dans certaines circonstances, être intéressant de rechercher un SAHOS devant un patient dépressif.

Le patient atteint de SAHOS (cf. tableau 24.1) (score d'Epworth > 9 ou score de Berlin positif) est adressé à un spécialiste pour réaliser un enregistrement ambulatoire par polygraphie ventilatoire nocturne (figure 24.2) Cet examen lui permet d'établir le diagnostic avec une bonne sensibilité et spécificité. En cas d'examen non concluant ou discordant avec la clinique, une polysomnographie est réalisée, en général au cours d'une hospitalisation [3].

La constatation d'un index d'apnées/hypopnées (IAH) nocturnes de plus de 30 apnées par heure lors de la polygraphie signe un SAHOS sévère et nécessite un traitement (figures 24.3 et 24.4). En cas d'index inférieur, le traitement est à discuter avec le spécialiste, en particulier en cas de comorbidités.

Le traitement de référence est la pression positive continue nocturne (PPC) (figure 24.5). En cas d'échec ou d'un index inférieur à 30, une orthèse d'avancée mandibulaire est à discuter. Certains patients ne présentent des apnées qu'en position dorsale, le changement positionnel peut suffire (par exemple, en fixant une balle de tennis au milieu du dos).

Une réévaluation de l'efficacité clinique des différents traitements est réalisée, accompagnée ou non d'un nouvel enregistrement du sommeil.

La motivation du patient et les effets immédiats de la PPC sur ses symptômes sont des éléments clés pour l'observance à moyen et long terme : la pression positive continue, une fois la phase d'habituation passée, améliore la qualité de vie des patients en réduisant les symptômes diurnes. Son efficacité à long terme en termes de morbi-mortalité reste discutée [4].

Le suivi est constitué par l'échange avec le patient sur la tolérance du traitement, la présence ou non des signes diurnes et l'évaluation des données techniques de l'appareil de pression positive fournies par le prestataire : l'observance (le traitement est efficace — et pris en charge — s'il est utilisé plus de 4 heures par nuit), le nombre d'apnées résiduelles, les fuites, les effets indésirables, l'appareillage, le type de masque (figure 24.6).

L'observance du patient et les problèmes survenus sont notés : les fuites, les changements de masque, ainsi que les plaintes exprimées au prestataire qui fait son suivi et la réponse apportée.

Tableau 24.1 **Symptômes diurnes et nocturnes évocateurs d'apnée du sommeil.**

Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes
Ronflements	Hypersomnolence
Pauses respiratoires	Impression de mauvais sommeil
Réveils en sursaut	Fatigue
Sommeil agité	Céphalées matinales
Polyurie nocturne	Troubles des performances intellectuelles
Sueurs nocturnes	Troubles de l'humeur
Éveils avec confusion	Troubles de la libido

Fig. 24.2 Polygraphie ventilatoire nocturne et résumé de l'enregistrement.
(Reproduit avec l'aimable autorisation de Resmed France.)

Syndrome des jambes sans repos

Le syndrome des jambes sans repos se traduit cliniquement par une triade : gêne dans les membres inférieurs (en général, rarement les bras), apparaissant au repos en fin de journée, calmée par le mouvement et reprenant au repos. Il entraîne ainsi fréquemment des troubles de l'endormissement et de la première partie de la nuit. Après avoir recherché les facteurs favorisants tels que diabète, dysthyroïdie, insuffisance rénale et carence martiale, la prise en charge s'appuie avant tout sur des mesures hygiéno-diététiques avec une régularité des rythmes, une limitation de la consommation d'alcool. Liés au circuit dopaminergique, les agonistes dopaminergiques ont montré une efficacité sur ces symptômes, avec une marge thérapeutique étroite. Ils sont à réserver à des syndromes sévères répondant mal aux alternatives non médicamenteuses ou aux antalgiques à visée neuropathique [5].

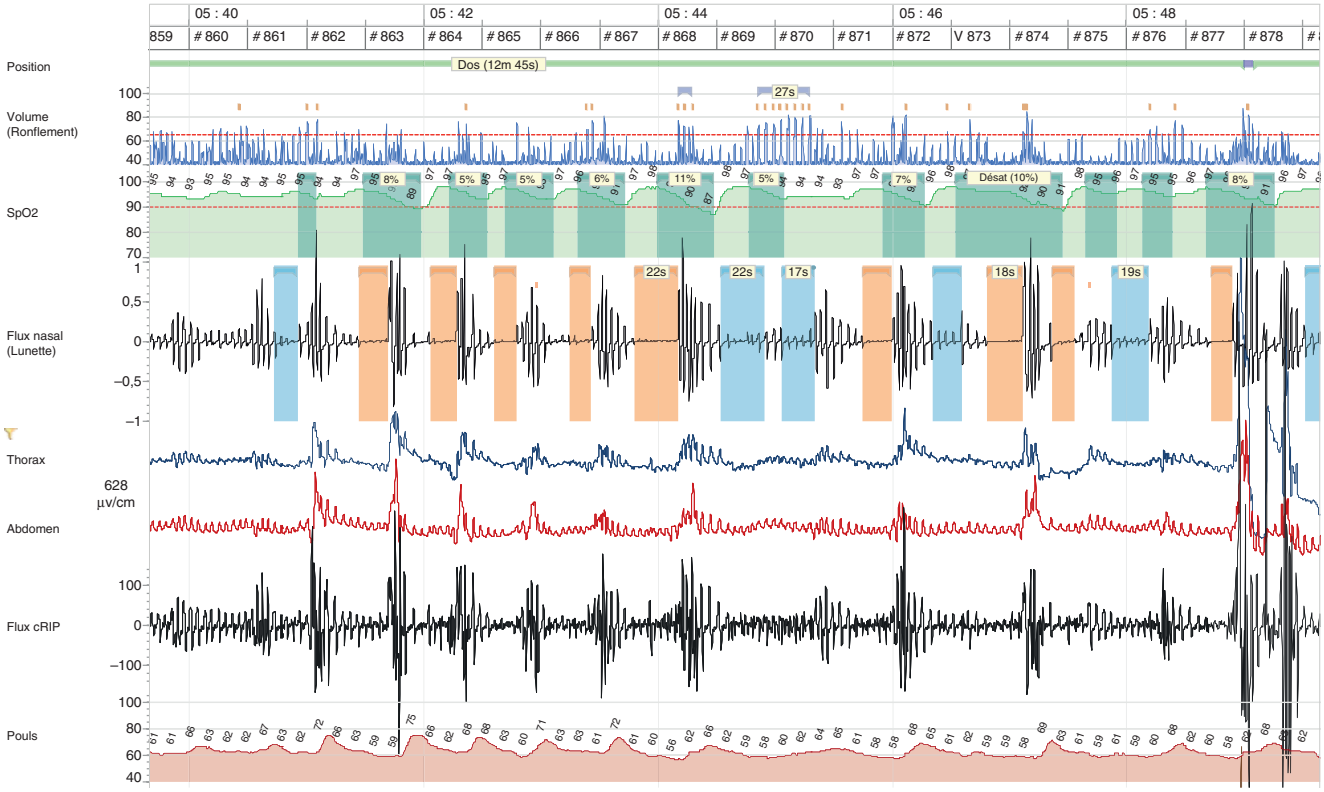


Fig. 24.3 Exemple d'analyse respiratoire de 10 minutes de sommeil.
Apnées : orange ; hypopnées : bleu ; hypoxies : vert.

Parasomnies

Ce sont des comportements moteurs ou psychomoteurs survenant pendant le sommeil sans conscience de ce comportement. Ils peuvent survenir pendant le sommeil lent profond (somnambulisme, terreurs nocturnes) comme pendant le sommeil paradoxal (cauchemars, troubles du comportement en sommeil paradoxal). Beaucoup plus rares chez les adultes que chez les enfants (2,1 % versus 17 %), ils font évoquer des troubles associés.

Cauchemars

Expérience de rêve chargée d'anxiété ou de peur s'accompagnant d'un souvenir très détaillé du contenu du rêve. Cette expérience de rêve est très intense et comporte habituellement comme thèmes des menaces pour l'existence, la sécurité et l'estime de soi. Les cauchemars ont tendance à se répéter avec des thèmes identiques ou similaires. Les épisodes typiques comportent un certain degré de décharge neurovégétative, sans activité verbale ou motrice notable. Au réveil, le sujet devient rapidement alerte et bien orienté. Les cauchemars réguliers sont souvent associés au syndrome post-traumatique et ils sont également plus fréquents chez les schizophrènes. Une cause iatrogène peut être évoquée (neuroleptiques, immunosuppresseurs, antihypertenseurs, somnifères) ou un sevrage médicamenteux ou toxique. Outre les psychothérapies, la prazosine peut être indiquée dans les cauchemars ou terreurs nocturnes liés à un syndrome post-traumatique [5].

Terreurs nocturnes

Trouble spectaculaire survenant en début de sommeil, associant des cris, une agitation, avec des signes neurovégétatifs : sueurs, tremblement, tachycardie. L'épisode dure jusqu'à 20 minutes, au bout desquelles la personne se rendort. L'enfant n'a en général aucun souvenir de l'épisode ; l'adulte peut garder des souvenirs de rêves associés frustes ; les thématiques récurrentes retrouvent des animaux effrayants, des sensations d'enfermement ou d'étouffement. Chez l'adulte, une association avec le trouble panique et le syndrome post-traumatique est majoritairement retrouvée ; un syndrome d'apnées du sommeil est aussi à évoquer.

Somnambulisme

Altération de l'état de conscience tenant à la fois du sommeil et de la veille. Durant un épisode de somnambulisme, l'individu se lève du lit, habituellement au cours du premier tiers du sommeil nocturne et il déambule ; ces manifestations correspondent à un niveau réduit de vigilance, de réactivité et d'habilité motrice. Au réveil, le sujet ne garde habituellement aucun souvenir de l'épisode. Il existe une composante héréditaire ; il est aussi associé aux troubles de l'humeur. De multiples éléments déclencheurs sont évoqués : apnée du sommeil, dette de sommeil (par rebond de sommeil profond), consommation d'alcool ou de certains médicaments (hypnotiques, antidépresseurs, bêtabloquants…). La fréquence et la gravité du somnambulisme peuvent nécessiter une consultation spécialisée.

Autres

Les autres troubles intrinsèques du sommeil comme ceux du rythme circadien, la narcolepsie ou les hypersomnies restent rares en médecine générale. Ils sont évoqués devant des troubles du sommeil atypiques, d'apparition récente et inexpliquée, en particulier chez le jeune. Ils peuvent justifier d'un avis spécialisé.

L'insomnie

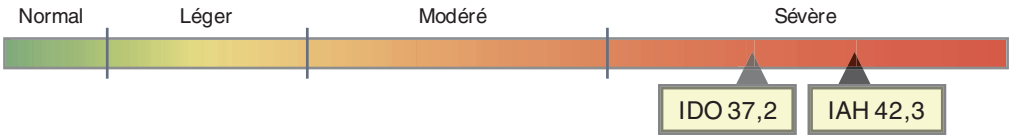
L'insomnie chronique est définie comme une plainte de sommeil caractérisée par une difficulté à l'initiation ou au maintien du sommeil, ou par un éveil trop précoce, dont résulte une insatisfaction globale. Cette plainte est accompagnée d'une gêne ressentie dans la journée et attribuée à la mauvaise qualité du sommeil. La notion de « sommeil non

Rapport de polygraphie ventilatoire

Nom	[redacted]	Age	[redacted] 68 **ans**
ID	[redacted]	Taille	**cm**
Adresse		Poids	83,0 **kg**
Date de l'enregistrement	[redacted]2020	IMC	**kg/m²**
Début et fin de l'enregistrement	22:30 à 08:29	Durée d'enregistrement	10,0h - 599,9 **min**
Début et fin de l'analyse	23:37 à 07:01	Durée d'analyse	6h 50m - 410,9 **min**

Indications

Recherche de troubles respiratoires du sommeil.



Évènements respiratoires

Index Apnées Hypopnées	**42,3 /h**	Apnées obstructives	85 soit 12,4 **/h**
IAH dorsal	64,7 **/h**	Apnées centrales	4 soit 0,6 **/h**
IAH non-dorsal	36,3 **/h**	Hypopnées	201 soit 29,4 **/h**
Apnée la plus longue	34,0 **s**	Durée moyenne apnées	15,8 **s**
Hypopnée la plus longue	57,0 **s**	Durée moyenne hypopnées	20,6 **s**
Durée totale en apnée	23,2 **min**	Fréquence respiratoire	16,4 **/min**

Saturation en oxygène

Index de désaturations	**37,2 /h**	Nombre de désaturations	255 **désats**
SpO2 moyenne	94,0 **%**	SpO2 la plus faible	75,0 **%**
Durée SpO2 < 90%	4,2% soit 17,1 **min**	Durée SpO2 ≤ 88%	2,6% soit 10,6 **min**

Ronflements

Épisodes de ronflements	**53,6 %**	Volume audio moyen	71,4 **dBc**
Épisode le plus long	32,9 **min**	Volume audio maximal	97,1 **dBc**

Conditions et technique

Enregistrement de polygraphie ventilatoire nocturne de 10,0 heures réalisé avec un dispositif Nox T3.
Les signaux enregistrés sont le flux nasal, les efforts thoraco-abdominaux RIP, la saturation en oxygène, le pouls, les sons respiratoires, la position et l'activité.

Critères d'analyse : AASM 2017

Apnée: diminution de plus de 90 % du flux nasal pendant au moins 10 secondes.
Hypopnée : diminution de plus de 30 % du flux nasal associée à une désaturation d'au moins 3 %.

Fig. 24.4 Exemple de rapport d'enregistrement respiratoire du sommeil (polygraphie).
L'enregistrement montre un SAHOS sévère avec un index d'apnées/hypopnées (IAH) à 42,3/h, proche de l'index de désaturation en oxygène (37,2/h). Il existe une composante positionnelle, les apnées sont plus fréquentes en position dorsale (64,7/h) qu'en position non dorsale (36,3/h). On peut aussi noter que le patient passe 4,2 % de la nuit avec une saturation en O_2 < 90 %, et ronfle plus de la moitié de la nuit (53,6 %).
Pour rappel : IAH < 5 : normal ; entre 5 et 15 : SAHOS léger ; entre 15 et 30 : SAHOS modéré ; > 30 : sévère.

Événements respiratoires	Nombre	Total	Dorsal	Non- dorsal
Apnées + hypopnées (IAH)		**42,3 /h**	**64,7 /h**	**36,3 /h**
Nombre d'évènements		290	94	196
Apnées (30,7%)	89	13,0 /h	27,5 /h	9,1 /h
Obstructives (29,3%)	85	12,4 /h	27,5 /h	8,3 /h
Mixtes (0%)	0	0 /h	0 /h	0 /h
Centrales (1,4%)	4	0,6 /h	0 /h	0,7 /h
Hypopnées (69,3%)	201	29,4 /h	37,2 /h	27,2 /h
Obstructives (0%)	0	0 /h	0 /h	0 /h
Centrales (0%)	0	0 /h	0 /h	0 /h
Cycles respiratoires limités (6617 cycles)	468	7,1 %	4,2 %	7,7 %
Durée Cheyne-Stokes		0% soit 0 min	0% soit 0 min	0% soit 0 min

Oxymétrie	Total	Dorsal	Non-dorsal
Index de désaturations en oxygène (IDO)	**37,2 /h**	**59,2 /h**	**31,3 /h**
Nombre de désaturations	255	86	169
Activations autonomiques (191 chutes signal pléth)	27,9 /h	29,6 /h	27,4 /h
SpO2 moyenne	94,0 %	93,7 %	94,2 %
SpO2 la plus faible	75,0 %	81,0 %	75,0 %
Chute désaturation moyenne	4,8 %	5,2 %	4,3 %
Pouls moyen	68 bpm	65 bpm	69 bpm
Pouls le plus élevé (0 tachycardies)	95 bpm	91 bpm	95 bpm
Pouls le plus faible (0 bradycardies)	53 bpm	56 bpm	53 bpm
Écart-type du pouls	8,8 bpm	10,1 bpm	8,2 bpm
SpO2 < 90% (17,1 min)	4,2 %	8,6 %	3,0 %
SpO2 ≤ 85% (2,4 min)	0,6 %	0,9 %	0,5 %
SpO2 < 80% (0,3 min)	0,1 %	0 %	0,1 %
Pouls < 40 bpm (0 min)	0 %	0 %	0 %
Pouls > 100 bpm (0 min)	0 %	0 %	0 %

Ronflements	Total	Dorsal	Non-dorsal
Épisodes de ronflement	**220,4 min** **53,6 %**	**20,6 min** **23,7 %**	**199,8 min** **61,7 %**
Volume audio maxi	97,1 dBc	93,6 dBc	97,1 dBc
Volume audio moyen	71,4 dBc	68,8 dBc	71,6 dBc
Index de ronflements uniques (3881 ronflements)	566,8 /h	268,5 /h	647,1 /h
% de ronflements uniques > 70 dBc	84,7 %	65,4 %	81,8 %
% de ronflements uniques > 80 dBc	23,5 %	6,9 %	23,9 %
% de ronflements uniques > 90 dBc	0,8 %	0,3 %	0,8 %

Position et activité	Durée	Pourcentage
Dorsale	**87,3 min**	**21,1 %**
Non-dorsale	323,7 min	78,3 %
Debout	2,2 min	0,5 %
Mouvements	74,1 min	18,0 %
Données invalides	30,9 min	5,2 %
Est. efficacité sommeil		81,5 %
Qualité de l'enregistrement		99,6 %

Graphique

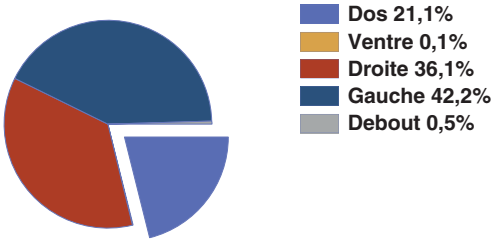


Fig. 24.4 Suite

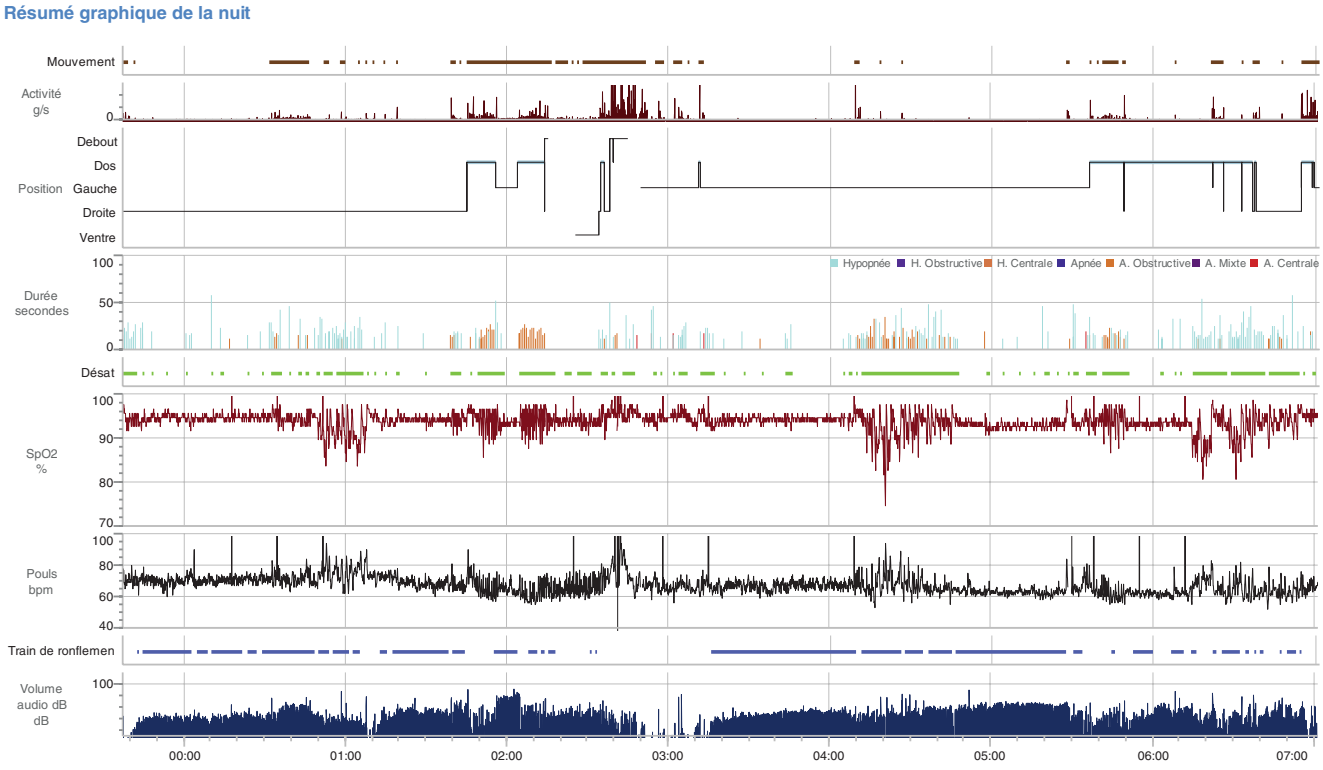


Fig. 24.4 Suite

Fig. 24.5 Appareil de pression positive continue avec humidificateur et trois types de masques : narinaire, nasal et naso-buccal. *(Reproduit avec l'aimable autorisation de Resmed France.)*

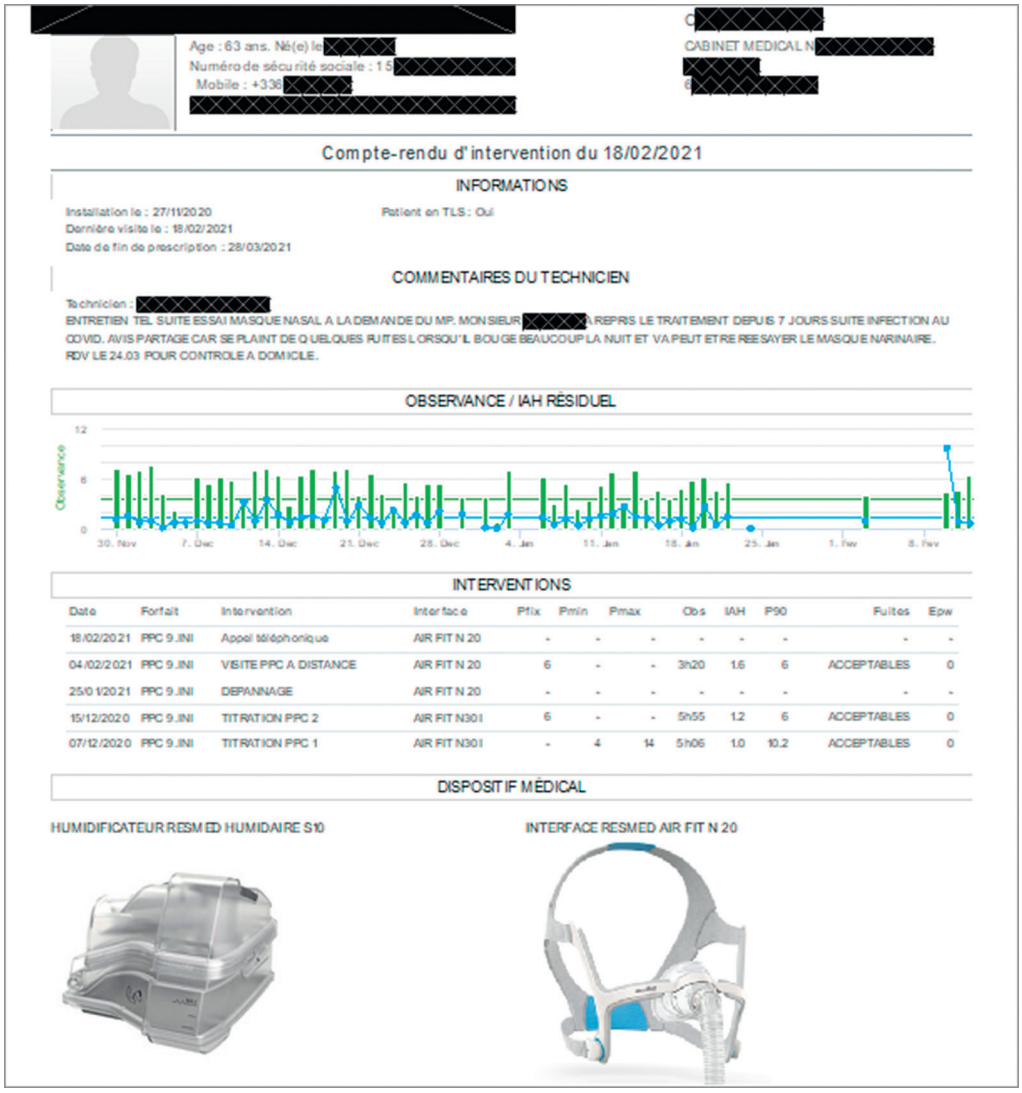
Modèle « 3P »

- Les **facteurs prédisposants**, comme l'âge, le sexe, mais aussi le génotype, constituent le terrain « à risque » d'insomnie.
- Les **facteurs précipitants** représentent tous les événements déclencheurs d'une insomnie aiguë, en particulier les facteurs de stress.
- Les **facteurs perpétuants** sont les éléments les plus étudiés de ce modèle et constituent la base des thérapeutiques non médicamenteuses. Ce sont des comportements et croyances qui entretiennent l'insomnie, comme le fait de prolonger la durée passée au lit pour « grignoter » du sommeil, alors que ce comportement a tendance à majorer l'anxiété liée au coucher et à fragmenter le sommeil.

réparateur » a été écartée des nouvelles définitions, parce que cette plainte n'est pas spécifique à l'insomnie : elle se retrouve dans de nombreuses maladies organiques, en particulier l'apnée du sommeil [3].

Plusieurs modèles comportementaux ont été élaborés pour expliquer l'insomnie et sa chronicisation [6]. Spielman a décrit en 1987 dans le modèle « 3P » des facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants qui se vérifient toujours dans la pratique.

Le modèle cognitif a été développé plus récemment à partir des théories cognitivo-comportementales. L'insomnie est associée chez les individus à des émotions souvent négatives, comment l'inquiétude, la tristesse, des pensées intrusives. Il est décrit comme un cercle vicieux : suite à des premières nuits d'insomnie, la personne développe une inquiétude au risque de ne pas trouver le sommeil. Sa vigilance augmente au moment de l'endormissement, ce qui gêne le sommeil,



Date	Forfait	Intervention	Interface	Pfix	Pmin	Pmax	Obs	IAH	P90	Fuites	Epw
18/02/2021	PPC 9.INI	Appel téléphonique	AIR FIT N 20	-	-	-	-	-	-	-	-
04/02/2021	PPC 9.INI	VISITE PPC A DISTANCE	AIR FIT N 20	6	-	-	3h20	1.6	6	ACCEPTABLES	0
25/01/2021	PPC 9.INI	DEPANNAGE	AIR FIT N 20	-	-	-	-	-	-	-	-
15/12/2020	PPC 9.INI	TITRATION PPC 2	AIR FIT N30 I	6	-	-	5h55	1.2	6	ACCEPTABLES	0
07/12/2020	PPC 9.INI	TITRATION PPC 1	AIR FIT N30 I	-	4	14	5h06	1.0	10.2	ACCEPTABLES	0

Fig. 24.6 **Exemple de compte rendu de suivi.**

renforce sa crainte et entraîne un conditionnement négatif au coucher. Ce modèle reprend ainsi le principe des facteurs perpétuants. Le modèle psychobiologique est une variante. Il intègre la notion que le sommeil est un processus naturel, non intentionnel et non attentionnel, tandis qu'un insomniaque augmente son attention et sa volonté au moment de dormir. Le patient insomniaque a tendance à « faire l'effort » de dormir.

Toutes les classifications s'accordent à dire qu'il y a plusieurs types d'insomnie. Les typologies d'insomnie sont encore en évolution et font l'objet de débats. Les classifications actuelles reposent sur la physiopathologie, séparant les insomnies sans et avec comorbidité associée. Une étude récente [7] propose d'affiner ces typologies par un phénotype psychologique lié aux symptômes d'anxiété-dépression, en trois classes qui auraient l'intérêt de cibler des prises en charge différentes : l'insomnie modérée avec faible psychopathologie, l'insomnie sévère avec psychopathologie modérée, l'insomnie précoce avec psychopathologie sévère.

Place des troubles psychologiques

La dépression et l'anxiété sont de grandes pourvoyeuses d'insomnie. Les caractéristiques de l'insomnie varient selon le type de trouble psychologique. Schématiquement, le patient anxieux a des difficultés d'endormissement ou des éveils nocturnes prolongés, et supporte mal de rester au lit le matin. Au contraire, le patient dépressif a plutôt des insomnies de seconde partie de nuit avec une difficulté à se lever le matin et une clinophilie.

L'insomnie est particulièrement fréquente dans d'autres pathologies psychiatriques et elle est un marqueur précoce de décompensation (virage maniaque, bouffée délirante, schizophrénie…). Dans ces contextes, sa prise en charge est plus complexe.

Contextes socio-environnementaux

Les troubles du sommeil et l'insomnie en particulier sont fréquemment associés aux événements de vie : difficultés financières, professionnelles, familiales au premier plan. L'environnement lumineux ou bruyant récurrent est parfois signalé.

Plainte de sommeil en cours de consultation

En cours de consultation, la plainte de sommeil est abordée à l'initiative du patient, comme motif supplémentaire de consultation. Elle peut être initiée par le médecin, en étayage d'un autre trouble ou pour elle-même dans un objectif de dépistage.

Le temps consacré au trouble du sommeil est contraint. L'exploration de cette plainte reprend les points initiaux, cible les éléments importants et évalue le besoin immédiat ou non de réponse médicale. Selon les réponses, une consultation dédiée est proposée. Dans l'intervalle, proposer un agenda du sommeil au patient permet d'étayer de nombreux éléments de son sommeil [8].

Agenda du sommeil

Il s'agit d'un outil développé depuis 1993 et unanimement adopté par les centres spécialisés. C'est un outil retraçant sous forme graphique la structure quotidienne du sommeil, notée par le patient lui-même, à partir de ses souvenirs (figures 24.7 et 24.8). Il peut se compléter sur support papier ou en application sur smartphone. Son caractère subjectif le rend particulièrement adapté à l'évaluation de l'insomnie, dont le diagnostic est fondé sur la plainte du patient.

Il peut être utilisé à tous les niveaux de la prise en charge du patient : le diagnostic, la thérapeutique et le suivi. À l'étape de diagnostic, il aide au diagnostic différentiel et à la caractérisation de la plainte (figure 24.9). À la phase de suivi, il permet de constater des améliorations que le patient ne ressent pas encore.

L'agenda du sommeil s'analyse avant tout chronologiquement : horaire de coucher, d'endormissement, réveils nocturnes éventuels, dernier réveil, lever, siestes éventuelles.

Il est ensuite observé dans son ensemble : régularité des rythmes de coucher et levers, rattrapage de sommeil le week-end…

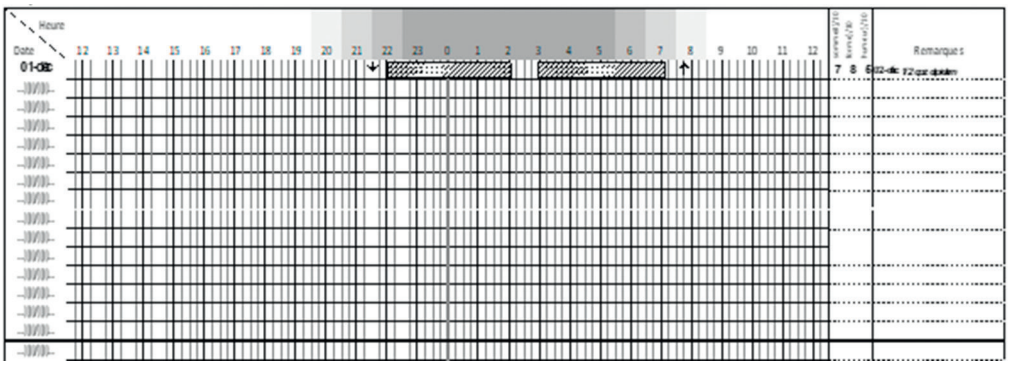


Fig. 24.7 Agenda de sommeil.

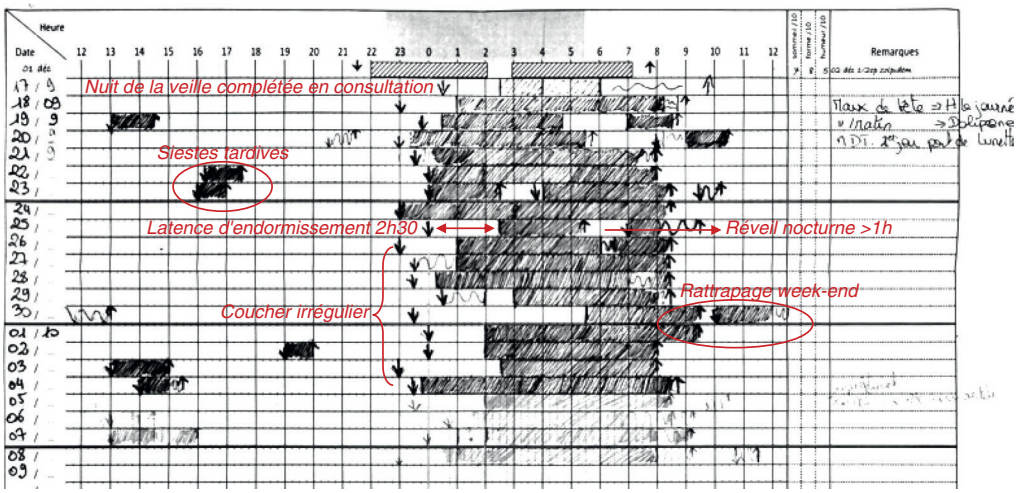


Fig. 24.8 Exemple d'agenda.

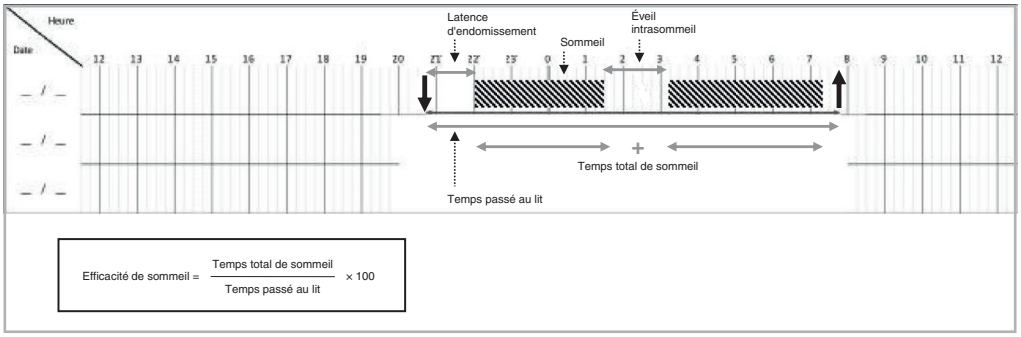


Fig. 24.9 Comment l'analyser l'agenda de sommeil ? La latence d'endormissement est évaluée par l'intervalle entre la flèche du coucher et le début du sommeil. La durée de sommeil correspond à la somme des périodes grisées sur 24 heures. Le temps passé au lit est mesuré par la durée entre les flèches de coucher et de lever. L'efficacité de sommeil est calculée par le rapport entre le temps total de sommeil et le temps passé au lit, en pourcentage. Une efficacité > 85 % est estimée bonne. On peut calculer la durée moyenne de sommeil en faisant la moyenne sur une semaine.

Schématiquement, on peut observer plusieurs profils d'insomnie sur les agendas :

- le profil « anxieux » avec une latence d'endormissement allongée, avec ou sans réveils nocturnes, et un lever rapide après le réveil matinal ;
- le profil « dépressif » avec peu de latence d'endormissement, des réveils en fin de nuit avec un lever difficile et une tendance à rallonger le temps passé au lit ;
- le profil avec erreurs d'hygiène de sommeil : rythme irrégulier, tendance à rallonger la durée passée au lit : se coucher plus tôt et/ou se lever plus tard pour « rattraper du sommeil », siestes, avec difficultés d'endormissement secondaires le soir.

Quel que soit le profil, le patient s'est fait une idée de son sommeil en complétant l'agenda et propose un autodiagnostic. Partir de ses constatations et ses propositions d'amélioration facilite l'adhésion.

Plainte de sommeil en fin de consultation

En dehors des situations où le patient vient spécifiquement pour une plainte liée au sommeil ou bien où le médecin aborde lui-même la question du sommeil au cours de l'interrogatoire, il n'est pas rare que le patient évoque indirectement des difficultés liées au sommeil par le biais d'une demande médicamenteuse.

Il peut s'agir d'une demande de renouvellement d'hypnotiques au cours de la rédaction d'une ordonnance autre, ou bien, volontiers sur le pas de la porte, d'une prescription de « *quelque chose pour dormir* ».

Ces requêtes sont vécues avec ambivalence par les prescripteurs, qui peuvent se sentir coincés entre la demande du patient, la connaissance des risques liés à une prescription hâtive ou prolongée d'hypnotiques, et le temps qui manque pour aborder réellement le problème alors que le temps de consultation s'achève [9].

Il est tentant de recourir à une négociation thérapeutique, voire un chantage ou bien de la culpabilisation, souvent peu satisfaisante autant pour le médecin que pour le patient.

Il peut alors parfois être adapté d'accéder dans un premier temps à la demande ; en effet, tant que le patient n'a pas obtenu de réponse à sa demande de traitement, il est souvent peu accessible à la discussion. Prescrire dans cette situation ambiguë permet de sécuriser l'alliance thérapeutique, nécessaire pour aborder un travail de fond favorable à plus long terme.

Il est alors opportun, dans ce bref échange autour de la prescription d'hypnotiques, de perdre un peu de temps, pour en gagner par la suite. En quelques phrases, il est possible de poser les fondements d'une prise en charge à plus long terme :

- en se décentrant de la question médicamenteuse et en réorientant l'échange sur le patient et son sommeil, le médecin généraliste rassure le patient sur sa volonté d'améliorer, avant tout, le sommeil du patient et sa qualité de vie, avant d'aborder la question du sevrage ;
- le médecin applique, comme pour le tabac, le principe du « conseil minimal », en interrogeant rapidement le patient sur son besoin d'hypnotiques et sur son envie de s'en passer ;
- en proposant un agenda du sommeil et une consultation dédiée au sommeil, le médecin introduit la notion d'alternatives aux hypnotiques, renforce l'importance qu'il accorde à cet aspect de la vie du patient et bouscule une situation certes insatisfaisante pour le patient et jusqu'ici verrouillée.

Pas d'abord du sommeil

Au-delà de la situation précédemment décrite, la notion de troubles du sommeil peut apparaître uniquement dans un renouvellement d'ordonnance contenant un hypnotique chez un patient porteur de plusieurs maladies chroniques.

La prescription d'hypnotiques s'effectue de mois en mois de façon tacite, sans remise en question, dans des prises en soins souvent complexes, longues et lourdes où la question du sommeil apparaît superficielle au vu du foisonnement de problématiques à chaque consultation.

Le rôle de prévention et de dépistage propre au médecin généraliste est ici particulièrement présent ; la prescription prolongée d'hypnotiques comporte en elle-même des risques et interagit volontiers avec les pathologies ou les traitements présents [10].

La question du sommeil peut être tout simplement absente de la prise en charge d'un patient, que le médecin voit régulièrement et éventuellement sur une longue période de sa vie, sans que ne soit jamais abordé le sommeil du patient.

Il est important alors d'avoir à l'esprit que les troubles du sommeil, bien que très fréquents, ne sont pas abordés spontanément par les patients, même si ces troubles sont présents et parfois très handicapants. Victime d'une certaine fatalité et ignorant souvent qu'il existe des solutions autres que le recours aux hypnotiques, le patient ne voit pas leur médecin comme un interlocuteur avec lequel il peut être bénéfique d'en discuter [11].

Il est judicieux pour le médecin généraliste d'intégrer de manière opportune un rapide dépistage (« *le sommeil, c'est comment ?* ») aux situations de prévention, de dépistage, d'examen général, telles que les demandes de certificat de non-contre-indication à une pratique sportive, de « bilan de santé » et lors de motifs impliquant éventuellement une dette de sommeil (accident de travail ou de la voie publique).

Consultation dédiée

La consultation dédiée est proposée après un minimum de 2 semaines d'agenda du sommeil. Après un temps d'écoute et d'échange autour de l'agenda, l'exploration de l'insomnie se fait soit de manière chronologique en reprenant le déroulement d'une journée type, soit de manière thématique : rythme, alimentation, boissons (en particulier excitants et alcool), activité physique, usage des écrans, travail, environnement et contexte psychosocial. Les pathologies somatiques sont souvent associées à l'insomnie. Il faut réévaluer la douleur, les médicaments pouvant aggraver une insomnie voire leur période de prise contribue à améliorer le sommeil.

Les habitudes de vie du patient sont souvent des facteurs perpétuants de l'insomnie et particulièrement difficiles à modifier, ce d'autant qu'elles préexistent à la plainte d'insomnie. Ces habitudes qui peuvent être sans conséquences chez un bon dormeur sont particulièrement délétères en cas d'insomnie et sont à discuter, afin d'évaluer ce que le patient est en mesure de modifier.

Exploration socio-environnementale

Il s'agit d'explorer les habitudes de vie au moment du coucher et aussi les éléments qui peuvent influencer le sommeil : alimentation, activité physique, écrans.

Les erreurs classiquement retrouvées sont :

- la prise alimentaire tardive, l'excès de sucre le soir ;
- la consommation de boissons énergisantes ou caféinées tardive : le café a une demi-vie de 4 à 6 heures ;
- la sédentarité ;
- à l'inverse l'excès de sport, en particulier le soir. La température corporelle varie de manière circadienne et le minimum de température arrive au moment du sommeil profond, vers le milieu du sommeil. Une activité physique tardive va élever la température corporelle et gêner l'endormissement ;
- les activités réalisées au lit autres que le sommeil et la sexualité, qui entraînent un conditionnement négatif pour le sommeil, donnant l'information que « *le lit est un endroit où on ne dort pas* » ; sortir du lit pour ces activités contribue à se « réconcilier » avec le lit ;
- l'organisation familiale du logement qui contribue à faciliter ou aggraver le sommeil : l'identifier, et évaluer des adaptations possibles ;
- les écrans, grands pourvoyeurs de troubles du sommeil chez les adolescents comme chez les adultes, même âgés. Tablettes et smartphones sont très souvent proches du lit et utilisés au lit. La lumière est le principal synchroniseur des rythmes veille-sommeil chez l'homme et l'exposition à la lumière des écrans, souvent enrichie en bleu, perturbe l'information perçue par l'horloge interne. La lumière inhibe la sécrétion de mélatonine, avec comme conséquence de décaler l'endormissement et de réduire la pression de sommeil. Il a été montré chez les adolescents que cela réduisait la durée totale du sommeil en plus de décaler la phase [12].

Explorer l'ensemble de ces éléments peut s'avérer lourd en une consultation. Un interrogatoire orienté en fonction des symptômes et des comorbidités connues élimine rapidement certains diagnostics différentiels. La connaissance du contexte de vie du patient facilite l'orientation. Revenir sur des éléments déjà connus aide le patient à réaliser certains mécanismes déclenchant ou aggravant ces troubles.

Prise en charge non médicamenteuse

À partir de l'exploration du rythme de vie et de l'identification d'erreurs d'hygiène de sommeil, corriger ces éléments suffit parfois à améliorer le sommeil.

La thérapie cognitivo-comportementale est reconnue comme étant la référence du traitement de l'insomnie, étant plus efficace à moyen et long terme contre l'insomnie que les somnifères [13]. Une formation spécifique est nécessaire. Certains éléments sont toutefois utilisés en pratique de médecine générale et s'avèrent souvent suffisants.

Dans un premier temps, repérer les croyances et les corriger permet d'ouvrir des pistes et de débloquer des situations figées : patient qui se couche tôt pour « *rattraper* » le sommeil, ou bien parce qu'il attribue aux heures de début de nuit plus de valeur (« *les heures avant minuit comptent double* »), croyance en la nécessité d'une certaine quantité, fixe, de sommeil pour maintenir un bon état de santé, ou bien du caractère indispensable des siestes.

Il est utile d'apprendre aux patients que la quantité de sommeil nécessaire est très individuelle, au même titre que les chronotypes, qui couvrent toute la palette allant des « lève-tôt » aux « couche-tard » sans que cela n'ait une quelconque signification médicale.

Il est ainsi parfaitement normal, pour un patient qui requiert 7 heures de sommeil par 24 heures, de se réveiller à 4 heures du matin, en pleine forme et sans pouvoir se rendormir s'il s'est endormi à 21 heures À l'inverse, un petit dormeur « couche-tard » est susceptible d'induire des difficultés d'endormissement s'il s'obstine à vouloir se coucher tôt.

Dans un deuxième temps, et une fois que le patient a pu définir la quantité de sommeil qui lui était nécessaire, ainsi que le rythme qui lui semble le plus approprié, deux

méthodes comportementales issues des TCC permettent un reconditionnement au sommeil.

Contrôle du stimulus

La première, nommée « contrôle du stimulus », consiste à créer et renforcer l'association lit-sommeil. Il est déconseillé au patient de pratiquer une quelconque activité dans son lit, en dehors du sommeil : éviter la lecture, les écrans, et réserver le lit et la chambre pour dormir.

Dans le cas d'un endormissement problématique, le patient est invité à se relever au bout d'un temps donné — 15 à 20 minutes ou bien même lorsque l'ennui se fait ressentir trop longtemps, évitant à un patient déjà tendu de se focaliser sur l'heure qui tourne — et d'aller pratiquer une activité calme dans une autre pièce, jusqu'à ce que l'envie de dormir se fasse sentir.

Il tente alors un nouvel endormissement, répétant la manœuvre jusqu'à ce que l'endormissement ait finalement lieu.

Si cette méthode est assez efficace, il est toutefois adéquat de prévenir le patient que les premières nuits peuvent être chaotiques.

Restriction du temps passé au lit

La deuxième méthode, qui peut se combiner à la première, est appelée « la restriction du temps passé au lit » et vise à augmenter la pression de sommeil.

Le patient est invité à évaluer la durée de sommeil qu'il estime nécessaire pour se sentir en forme et à fixer le créneau sur lequel cette durée de sommeil est censée se tenir. Il est ensuite conseillé au patient de limiter le temps au lit à son temps de sommeil pour augmenter son efficacité de sommeil. Si par exemple un patient déclare avoir besoin d'environ 7 heures de sommeil, il prévoira de retarder l'heure du coucher à minuit et d'avancer le réveil à 7 heures, et ce jusqu'à ce que l'endormissement se fasse de façon satisfaisante. Dès lors, il peut augmenter progressivement la durée du temps passé dans son lit, jusqu'à atteindre l'objectif initialement défini. Il est contre-indiqué de réduire la durée à moins de 6 heures en raison d'un risque de dette de sommeil trop importante ; on peut aussi conseiller aux patients de réaliser la restriction de temps passé au lit pendant une période non travaillée.

Relaxation

Le patient peut apprendre à induire un état de relaxation qui favorise l'endormissement. Cela fait partie des techniques proposées en TCC.

Outre les habitudes de vie consistant à pratiquer une activité physique en journée et à favoriser une atmosphère calme avant le coucher, différentes méthodes peuvent être utilisées. Trois d'entre elles ont été évaluées et montrent un effet bénéfique, une fois la phase d'apprentissage passée :

- la relaxation musculaire progressive de Jacobson consiste à induire un relâchement musculaire conscient après une contraction volontaire, le patient travaillant tours à tours chaque groupe musculaire ;
- le training autogène de Schultz utilise la suggestion dans le but, là aussi, de provoquer un relâchement musculaire ;
- la méditation de pleine conscience, quant à elle, permet au patient entraîné de limiter les effets des ruminations.

Ces méthodes ont une efficacité variable, proposées seules ou en association avec d'autres techniques [14, 15]. Elles nécessitent un apprentissage et un certain entraînement, mais ont l'intérêt de procurer une autonomie au patient, capable de reprendre partiellement le contrôle sur les composantes physiques et psychiques nécessaires à un endormissement aisé.

Luminothérapie

La luminothérapie voit son éventail d'indication s'élargir : la dépression saisonnière, les troubles du rythme circadien, et aussi la dépression non saisonnière. Une méta-analyse montre qu'elle serait aussi efficace dans le traitement de l'insomnie, ses modalités en termes d'intensité, période de la journée et durée d'exposition restent à préciser [16].

Autres méthodes non médicamenteuses

De multiples autres méthodes non médicamenteuses sont expérimentées, parmi lesquelles l'hypnose et l'acupuncture. L'une comme l'autre n'ont pas fait preuve de leur efficacité, en particulier en raison de la faible puissance et/ou des biais des études les ayant évaluées.

Au-delà de ces méthodes standardisées et évaluées, il est opportun d'explorer avec le patient les ressources dont il dispose et auxquelles il a de lui-même recours : prières, musique…

Prise en charge médicamenteuse

Le somnifère idéal devrait avoir les caractéristiques suivantes : induire rapidement le sommeil, conserver la structure du sommeil, ne pas entraîner de somnolence résiduelle ni de dépendance.

Le principe commun à la prescription de molécule hypnotique est d'informer le patient sur le fait que ce traitement a une durée limitée, dès l'instauration du traitement, idéalement dans l'attente que les autres mesures non médicamenteuses soient efficaces.

Placebo

Le placebo est un traitement à même de remplir ces caractéristiques, d'autant plus que l'alliance thérapeutique avec le médecin est de bonne qualité.

Phytothérapie

La phytothérapie est fréquemment prescrite. Il convient de favoriser les plantes dont l'innocuité est avérée, comme le tilleul, la verveine, l'oranger, la mélisse, l'aubépine et la passiflore. La valériane est fréquemment prescrite, sans qu'un effet supérieur au placebo ne soit clairement démontré.

Benzodiazépines

Les benzodiazépines sont actuellement les traitements hypnotiques les plus utilisés. Leur efficacité sur la latence d'endormissement et sur la durée du sommeil est prouvée. Elle varie d'une molécule à l'autre. Leurs effets secondaires

sont bien connus et documentés : tolérance, syndrome de sevrage, somnolence résiduelle, risque de chute, en particulier chez les personnes âgées. À long terme, la consommation de benzodiazépines modifie la structure du sommeil. Cet effet est réversible à l'arrêt du traitement, bien que la qualité du sommeil ne soit pas améliorée. C'est donc un traitement à éviter autant que possible.

Hypnotiques non benzodiazépines

Les hypnotiques non benzodiazépines, ou *Z-drugs* (zopiclone et zolpidem), sont arrivés sur le marché en 1984 et 1987. Présentés initialement comme des alternatives intéressantes aux benzodiazépines, ils ont en réalité de nombreux effets secondaires comparables, en particulier le syndrome de sevrage et la tolérance, ainsi que certains cas de mésusage sévère. Cela a amené à des modifications d'AMM, limitant la durée de prescription à 28 jours dès 2001.

Il n'existe pas de consensus sur l'effet des benzodiazépines et *Z-drugs* utilisées ponctuellement. Il semble qu'une utilisation itérative permette de conserver l'effet thérapeutique sans développer de tolérance. Les effets à long terme restent mal évalués. On ne peut donc pas conclure sur la balance bénéfices-risques d'une consommation ponctuelle de ces traitements.

Antihistaminiques

Les antihistaminiques (anti-H1) sont connus pour leurs effets secondaires sédatifs. Parallèlement à la limitation de la prescription de somnifères, une augmentation de prescription des anti-H1 dans cette indication est observée. La doxylamine, la doxépine et diphénhydramine sont les mieux évaluées. Leur intérêt réside dans l'absence de dépendance physique et le peu d'effet de tolérance. Leurs principaux effets secondaires sont présentés par une somnolence résiduelle importante en raison de leur demi-vie longue et par leurs effets atropiniques.

Mélatonine

La mélatonine participe à la régulation des rythmes circadiens et agit comme soporifique en induisant le sommeil. Elle existe sous deux formes : une forme à libération immédiate en préparation magistrale (1 à 2 mg en général, pas de consensus) et une forme à libération prolongée à 2 mg. Elle est validée dans les troubles du rythme circadien à type de syndrome de retard de phase. Son efficacité est dépendante du moment de la prise de la mélatonine par rapport au début de la sécrétion endogène. Elle entraîne une avance de cette phase et agit ainsi sur la latence d'endormissement.

Une altération de la sécrétion de la mélatonine peut être observée avec le vieillissement. La mélatonine à libération prolongée a l'AMM dans l'insomnie chronique chez le sujet âgé de plus de 55 ans. Elle n'est pas encore suffisamment validée dans l'insomnie chronique. La HAS a émis une recommandation de durée maximum de 13 semaines de prescription. Deux modalités de prescriptions de la mélatonine à libération immédiate sont retenues :

- si on cherche un effet circadien (avancer la phase de sommeil), une petite dose de mélatonine (1 mg) peut être administrée 2 heures avant l'horaire souhaité d'endormissement ;
- si on cherche un effet sédatif, une dose plus importante (2 mg) peut être administrée peu avant le coucher.

Antidépresseurs sédatifs

Les antidépresseurs sédatifs (miansérine, mirtazapine) peuvent être utilisés lorsqu'une thérapeutique est introduite dans le cadre d'un syndrome dépressif accompagné d'insomnies.

Neuroleptiques

Bien que les neuroleptiques soient de plus en plus utilisés à visée sédative en particulier en psychiatrie, leurs effets à court et moyen terme sont mal évalués dans cette indication. Ils ne sont actuellement pas recommandés.

Conclusion

Les plaintes liées au sommeil sont au cœur de la pratique de la médecine générale, intriquées avec de nombreux autres paramètres. Elles nécessitent une relation de confiance bâtie sur le long terme. L'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses doit rester prudente. L'agenda du sommeil est un outil simple à proposer facilement par le médecin, tant dans une situation d'évaluation que de suivi. Connaître les grandes lignes de la prise en charge cognitivo-comportementale permet de proposer au patient de développer une autonomie face à son sommeil.

Références

[1] Letrillart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014 ;114:148–57.
[2] Lee W, Nagubadi S, Kryger MH, Mokhlesi B. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a Population-based perspective. Expert Rev Respir Med 2008 ;2(3):349–64.
[3] International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3). American Academy of Sleep Medicine (AASM). Darien, Illinois (USA): AASM ; 2014.
[4] Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Screening for obstructive sleep apnea in adults: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2017 ;317(4):415–33.
[5] Pramipexole - Sifrol. Jambes sans repos : toujours pas de médicament satisfaisant. Prescrire 2006 ;26(277):731.
[6] Chambe J, Dumas C, Kilic-Huck U, Montigneaut L, Rougerie F. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale Première partie : démarche diagnostique et évaluation. exercer 2015 ;121:217–26.
[7] Van de Laar M, Leufkens T, Bakker B, Pevernagie D, Overeem S. Phenotypes of sleeplessness: stressing the need for psychodiagnostics in the assessment of insomnia. Psychol Health Med 2017 ;22(8):902–10.
[8] Pearse PA. Use of the sleep diary in the management of patients with insomnia. Aust Fam Physician 1993 ;22(5):744–8.
[9] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Expertise collective. Pharmacodépendance en population générale. In: Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. [En ligne]. Paris: Inserm ; 2012. p. 155–74. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[10] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. [En ligne]. Saint-Denis: ANSM ; 2017. Disponible sur https://archiveansm.integra.fr/.

[11] Allaert F-A, Urbinelli R. Sociodemographic profile of insomniac patients across national surveys. CNS Drugs 2004;18(Suppl 1):3–7.
[12] Hisler G, Twenge JM, Krizan Z. Associations between screen time and short sleep duration among adolescents varies by media type: evidence from a cohort study. Sleep Med 2020;66:92–102.
[13] Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res 2017;26(6):675–700.
[14] Gong H, Ni C-X, Liu Y-Z, et al. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychosom Res 2016;89:1–6.
[15] Kay-Stacey M, Attarian H. Advances in the management of chronic insomnia. BMJ 2016;354, i2123.
[16] Van Maanen A, Meijer AM, Heijden KB Van der, Oort FJ. The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev 2016;29:52–62.

Le patient présentant des douleurs chroniques

Lombalgie, gonalgie, migraine, syndrome douloureux régional complexe

Caroline Huas, Corinne Perdrix

PLAN DU CHAPITRE

Définitions et épidémiologie 225
Explorer la plainte douloureuse 227
Principales douleurs chroniques en médecine générale 228
Rôle du médecin généraliste 234
Conclusion 236

Les douleurs chroniques sont fréquentes en consultation, leur mécanisme est multidimensionnel. Elles sont très fréquemment intriquées à un syndrome anxiodépressif, à rechercher systématiquement. Leur prise en charge est globale, en intégrant les représentations du patient. Le médecin généraliste réévalue régulièrement ces douleurs, leur potentielle évolution (ou non), leur traitement ainsi que les conséquences de la douleur et des traitements.

Définitions et épidémiologie

Douleur chronique

Définition

La douleur est définie comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* » [1]. Elle est ce que la personne atteinte dit qu'elle est. La douleur chronique (ou syndrome douloureux chronique) est un syndrome multidimensionnel : quelles que soient sa topographie et son intensité, elle persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée. Elle répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. La douleur est dite chronique lorsqu'elle dure plus de 3 mois [2]. Sa définition ne préjuge ni du mécanisme de la douleur ni de sa cause.

Primaire ou secondaire (figure 25.1)

On distingue la douleur chronique primaire et la douleur chronique secondaire [2, 3], reconnues récemment dans la classification internationale des maladies CIM-11 [3].

Douleur chronique primaire

La douleur chronique primaire est considérée comme une maladie en soi. Elle est caractérisée par une incapacité (invalidité) ou une détresse émotionnelle et ne s'explique pas mieux par un autre diagnostic de douleur chronique.

Douleur chronique secondaire

La douleur chronique secondaire est un symptôme d'une maladie sous-jacente. Elle peut être classée dans les six catégories suivantes :

- la *douleur chronique liée au cancer* est due à celui-ci ou à son traitement (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie) ;
- la *douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique* se développe ou s'intensifie après un traumatisme tissulaire (chirurgical ou accidentel) et persiste au-delà de 3 mois — elle fait son apparition dans la CIM ;

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

- la *douleur neuropathique chronique* est causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel ; les douleurs neuropathiques périphériques (liées au système nerveux périphérique) et centrales (liées au système nerveux central) sont classées ici — ces diagnostics sont également nouvellement représentés dans la CIM ;
- les *céphalées ou douleurs orofaciales chroniques secondaires* incluent à la fois les formes chroniques de maux de tête symptomatiques (c'est-à-dire dus à une maladie comme la migraine, les céphalées de tension, les céphalées trigéminées…) et les douleurs orofaciales chroniques secondaires, telles que les douleurs dentaires chroniques ;
- la *douleur viscérale chronique secondaire* est due à une affection identifiée provenant d'organes internes : tête, cou, région thoracique, abdominale, pelvienne. Elle peut être causée par une inflammation persistante, des mécanismes vasculaires ou des facteurs mécaniques ;
- la *douleur musculosquelettique chronique secondaire* est une douleur chronique aux os, articulations et tendons causée par une maladie sous-jacente. Elle peut être due à une inflammation persistante associée à des changements structurels ou être causée par une altération des fonctions biomécaniques due à des maladies du système nerveux.

Mécanismes de la douleur

Connaître les mécanismes de la douleur permet au médecin généraliste d'adapter les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses en fonction des symptômes de la douleur chez un patient donné.

Les termes décrivant les mécanismes de la douleur ont été légèrement modifiés dans la CIM-11 [3].

1. **Douleur nociceptive** : liée à une activation des nocicepteurs[31].
2. **Douleur neuropathique** : liée à une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel (nerveux), central ou périphérique.
3. **Douleur nociplastique** (anciennement dite dysfonctionnelle ou idiopathique) : liée une altération de la nociception malgré l'absence de preuve d'une lésion tissulaire activant les nocicepteurs ou d'une maladie ou lésion affectant le système somatosensoriel.

Poids de la douleur chronique

La douleur chronique d'intensité modérée à sévère touche 19 % des adultes européens, affectant la qualité de leur vie professionnelle et de leurs interactions sociales [4]. On parle alors de fardeau (*burden*) associé à la douleur.

[31] Récepteur sensoriel qui fait naître un message nerveux lorsqu'il est stimulé.

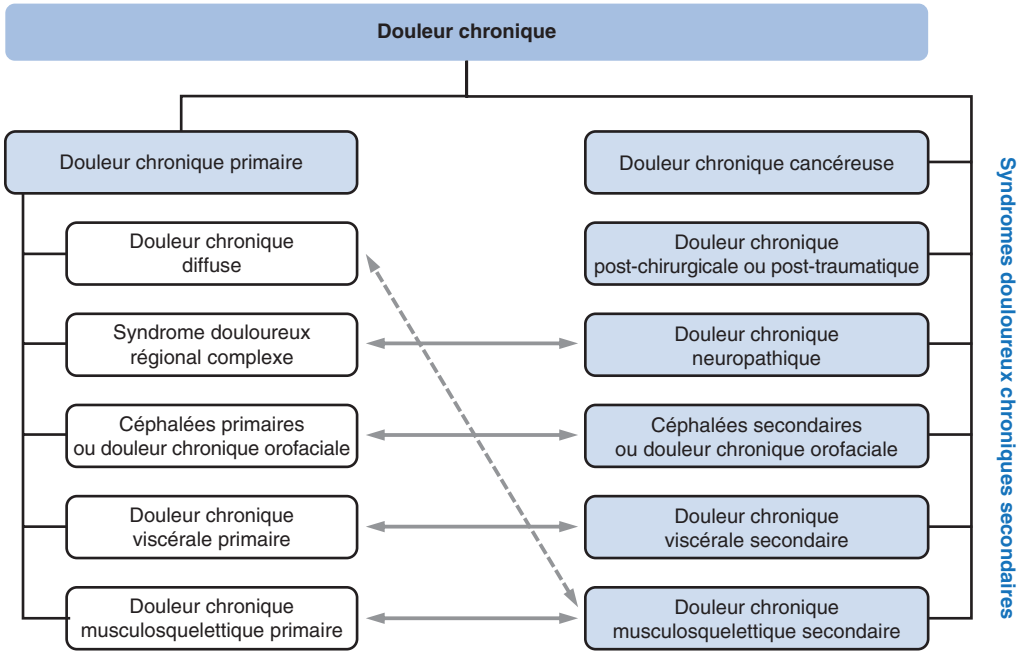


Fig. 25.1 Structure de la classification *International Association for the Study of Pain* (IASP) de la douleur chronique. Dans les syndromes douloureux chroniques primaires (à gauche), la douleur peut être conçue comme une maladie, tandis que dans les syndromes douloureux secondaires (à droite), la douleur se manifeste initialement comme un symptôme d'une autre maladie, comme le cancer du sein, un accident du travail, une neuropathie diabétique, les caries chroniques, les maladies inflammatoires de l'intestin ou la polyarthrite rhumatoïde… Le diagnostic différentiel entre douleurs primaires et douleurs secondaires peut parfois être difficile à établir. Dans les deux cas, la douleur du patient nécessite une attention particulière lorsqu'elle est modérée ou sévère. Après une guérison spontanée ou une prise en charge réussie de la maladie sous-jacente, la douleur chronique peut parfois persister et, par conséquent, les diagnostics de douleur chronique secondaire peuvent demeurer et continuer à guider le traitement. Flèche en pointillé : diagnostic différentiel ; flèche pleine : subordination directe. *(D'après : Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain 2019;160(1):19–27.)*

L'impact de la douleur chronique sur la vie des patients qui en souffrent est important et touche de nombreux aspects de la vie quotidienne. La douleur chronique est liée à une limitation des activités quotidiennes, à des troubles du sommeil (14 %) et à des troubles anxiodépressifs (jusqu'à 30 à 40 %, plus marqués chez les femmes). Les patients douloureux ont des difficultés à réaliser leurs activités professionnelles et à maintenir des relations sociales. La douleur chronique est aussi associée à un plus mauvais fonctionnement familial [5].

La présence de symptômes anxieux ou dépressifs semble liée à la survenue plus fréquente d'une douleur chronique et d'un handicap lié à la douleur, alors que ni la douleur ni le handicap lié à la douleur ne semblent prédire la dépression/anxiété [6].

Dans une étude épidémiologique en population générale, les douleurs chroniques de caractéristiques neuropathiques affectaient 7 % de la population française adulte (5 % pour les douleurs neuropathiques modérées à sévères) [7]. Ces patients déclaraient plus de jours douloureux que les autres patients douloureux chroniques (38,1 % versus 12,7 %, $p < 0,05$), moins de jours travaillés, et plus fréquemment des troubles du sommeil, un syndrome anxieux ou dépressif [8, 9]. Le coût direct de la douleur chronique neuropathique semblait deux fois plus élevé que pour les autres douleurs chroniques [8].

Chez une même personne, plusieurs causes ou localisations douloureuses peuvent être présentes. Par exemple, 80 % des patients porteurs d'une douleur neuropathique chronique déclaraient une autre cause de douleur [8].

Céphalées et migraine

À l'échelle mondiale, plus de 50 % des adultes ont souffert d'au moins un épisode de céphalées dans l'année : parmi eux, 11 % souffrent de migraine, 42 % de céphalées de tension et 3 % de céphalées chroniques quotidiennes [10]. En Europe, 14,7 % des adultes souffrent de migraine (8 % des hommes et 17 % des femmes) [11].

Lombalgie

En France, 7 % des consultations des 18 à 65 ans auprès du médecin généraliste concernent une plainte lombalgique [12].

Gonarthrose

Les problèmes ostéoarticulaires sont présents dans les dix premiers résultats de consultations les plus fréquents, notamment les syndromes dorso-lombaires sans irradiation (1,30 %) et les bursites, tendinites et synovites (1,16 %) [13]. Ces chiffres semblent faibles au regard des 34,7 % des patients âgés de plus de 65 ans qui déclarent souffrir d'arthrose des membres [8]. Dans cette étude, la gonarthrose est en 22e position et la coxarthrose en 53e position des fréquences de résultats de consultation recueillis.

Explorer la plainte douloureuse

Cette exploration a pour objectifs de réaliser un bilan étiologique et d'éliminer des diagnostics différentiels potentiellement graves (cancers) ou curables autrement (maladies inflammatoires).

Circonstances

L'abord de la douleur en consultation peut se faire à différents moments de la consultation et de différentes façons, qui conditionnent la réponse du médecin et sa stratégie de consultation.

Le patient évoque ce motif, souvent en début de consultation. Dans le cadre d'une douleur chronique, c'est lors d'une recrudescence douloureuse ou au moment de la réalisation de la place que cette douleur occupe dans la vie du patient. À cette occasion, c'est soit la douleur en elle-même ou les limitations qu'elle entraîne qui sont exprimées en premier.

La question de la douleur peut être soulevée par le médecin au cours d'une consultation initialement pour un autre motif.

En fin de consultation, une phrase peut faire son apparition : « *Au fait, pour mes douleurs, vous pouvez me mettre un médicament qui marche ?* »

Le renouvellement, souvent tacite, du traitement médicamenteux antalgique ou des séances de kinésithérapie, par exemple, peut être la seule trace qui signale la douleur chronique.

Interroger la plainte douloureuse

Le médecin généraliste interroge le patient sur sa plainte douloureuse dans sa globalité : à la fois au temps de la consultation et aussi dans la durée (évolution). L'interrogatoire reprend les questions habituelles sur les douleurs :

- localisation(s) et topographie ;
- type de la douleur actuelle (brûlure, décharges électriques, fourmillements, picotements) ;
- rythme de la douleur (durée, prédominance nocturne ou diurne) ;
- expériences algiques antérieures et notion d'aggravation récente ;
- intensité de la douleur ;
- facteurs déclenchants ou calmants.

Compte tenu de la durée d'évolution, explorer le retentissement de la douleur sur la vie du patient est primordial, selon un modèle biopsychosocial adapté au contexte et à l'âge : retentissement sur l'équilibre personnel, professionnel et/ou scolaire et dans les relations sociales. Par exemple :

- sommeil ;
- relations sociales et vie familiale ;
- activités de la vie quotidienne (sport, entretien de la maison, pratique religieuse…) ;
- moral, trouble anxiodépressif associé ;
- activités scolaires et/ou professionnelles.

Recourir aux examens complémentaires et à l'imagerie

Le recours aux examens complémentaires permet de confirmer ou infirmer l'hypothèse clinique de l'étiologie de la douleur et d'éliminer des diagnostics différentiels. Le bilan biologique recherche un syndrome inflammatoire.

Le médecin explique au patient ce qu'il attend de l'examen, que l'examen en soi ne soulagera pas le patient (sauf cas particulier d'une infiltration dans le même temps), qu'il peut aider à poser une indication de traitement, par exemple, dans l'arthrose, une indication opératoire.

Principales douleurs chroniques en médecine générale

Dans ce chapitre, il a été décidé de traiter plus spécifiquement les douleurs suivantes, prévalentes ou complexes en médecine générale : lombalgie commune, gonarthrose, migraines et céphalées, syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Les autres troubles musculosquelettiques sont traités au chapitre 26 et les douleurs chroniques au chapitre 29.

Lombalgie

Définition

La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoracolombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes [14]. La lombalgie commune (anciennement « non spécifique ») désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. infra, « drapeaux rouges »). La lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de 3 mois. On parle alors de « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que de lombalgie aiguë, afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles. La « lombalgie récidivante » est nommée ainsi en cas de récidive de lombalgie dans les 12 mois. Elle est considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

Les probabilités d'amélioration se réduisent considérablement lorsque la lombalgie persiste au-delà de 6 semaines [15], et les récurrences sont très fréquentes [16]. Après une lombalgie aiguë, une personne sur trois présente encore des symptômes un an plus tard [17].

Il est important de recueillir et de repérer pour chaque patient les problématiques qui lui sont propres, même s'il est parfois difficile de distinguer les facteurs étiologiques des facteurs pronostiques.

La consultation

Le tableau 25.1 reprend les éléments à recueillir pour adapter au mieux la prise en soins centrée sur le patient. Elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle). Les facteurs biomécaniques ont un impact majeur sur la survenue de lombalgie, tandis que les facteurs psychosociaux (difficultés psychologiques, croyances et comportements d'évitement, contexte professionnel difficile, faible soutien familial et social) pourraient surtout favoriser leur persistance ou majorer leur impact [14, 18–21]. À chaque poussée de lombalgie aiguë, le médecin recherche les signes d'alerte (« drapeaux rouges »). Leur spécificité prise isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui attire l'attention et fait suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur lombaire justifiant une prise en charge spécifique.

Il est recommandé de réévaluer le patient 2 à 4 semaines après une poussée aiguë de lombalgie [14].

Tableau 25.1 **Signes d'alerte et facteurs pronostiques de la lombalgie.**

Drapeaux rouges	**Drapeaux jaunes**
– Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier pendant la nuit – Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval) – Paresthésies au niveau du pubis (ou du périnée) – Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur) – Perte de poids inexpliquée – Antécédent de cancer – Usage de drogues intraveineuses ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple, thérapie de l'asthme) – Déformation structurale importante de la colonne – Douleurs thoraciques (rachialgies dorsales) – Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans – Fièvre – Altération de l'état général	*Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité* – Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à l'humeur dépressive et le retrait des activités sociales – Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active – Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité lié à la peur – Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité)
Drapeaux bleus	**Drapeaux noirs**
Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur	*Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance*
– Charge physique élevée au travail – Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail – Manque de capacité à modifier son travail – Manque de soutien social – Pression temporelle ressentie – Absence de satisfaction au travail – Stress au travail – Faible espoir de reprise du travail – Peur de la rechute	– Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste – Insécurité financière – Critères du système de compensation – Incitatifs financiers – Manque de contact avec le milieu du travail – Durée de l'arrêt maladie

(D'après : Société française de médecine du travail. Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonnes pratiques. Rouen: SFMT; 2013.)

Prise en charge

En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, un travail pluriprofessionnel est utile, pouvant impliquer : kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, médecin du travail, et, en fonction de l'indication, spécialiste de la douleur ou chirurgien du rachis.

Le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle, des préférences du patient et des ressources du système de soins disponibles localement.

En raison du caractère délétère des discours discordants, le médecin généraliste veille à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués.

Les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail (« drapeaux bleus et noirs ») sont recherchés. Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail est sollicitée, notamment pour connaître les contraintes et les possibilités d'adaptation du poste de travail. La récente augmentation de la fréquence du télétravail (et donc une augmentation de la sédentarité de fait) a pu modifier voire majorer les plaintes et tableaux cliniques [22].

Aucun médicament antalgique n'a prouvé d'efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie. Néanmoins, une antalgie graduée, débutant par des antalgiques de palier I, peut être mise en place pour la gestion des accès douloureux.

Il est recommandé aux personnes ayant présenté une lombalgie de pratiquer régulièrement une activité physique et/ou des exercices d'autorééducation afin de diminuer le risque de récidive. Le choix de l'activité physique prend en compte la préférence du patient.

Kinésithérapie

Les exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique enseignés par un kinésithérapeute puis poursuivis à domicile, sont recommandés (grade B). La participation active du patient est facilitante (grade B).

Le kinésithérapeute contribue à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge biopsychosociale (accord d'experts).

Les thérapies passives ne semblent pas avoir d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (accord d'experts).

Autres interventions non médicamenteuses

Les ultrasons et les tractions lombaires ne sont pas recommandés (grade B). Les semelles orthopédiques ne sont pas indiquées (grade B). L'acupuncture, l'acupression et le *dry needling* (puncture sèche) n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

En l'absence d'étude de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de la sophrologie, de la relaxation, de la « méditation pleine conscience » ou de l'hypnose. Elles peuvent cependant être envisagées dans le cadre d'une combinaison multimodale associée à une prise en charge active du patient (accord d'experts).

Il est possible d'envisager le port d'une ceinture lombaire ou d'un corset sur une courte durée pour aider à la reprise d'activités, bien qu'ils n'aient pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (accord d'experts).

En cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des diverses alternatives thérapeutiques (y compris des soins multidisciplinaires), une stimulation médullaire peut se discuter en centre d'évaluation et de traitement de la douleur (accord d'experts).

Traitements médicamenteux

En l'absence d'étude, il n'est pas possible de statuer sur l'intérêt du traitement par néfopam, ni par corticoïdes (accord d'experts). Les myorelaxants ont une balance bénéfice-risque défavorable dans la lombalgie commune. Il n'y a pas d'indication à un traitement par antibiotiques (grade B) ni par vitamine D (grade B), ni par patch de lidocaïne (accord d'experts), ni par anti-TNFα (accord d'experts).

Grands principes de prises en charge de la lombalgie commune (HAS, 2020)

L'activité physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie et d'éviter une récidive.
Les patients à risque de chronicité doivent être identifiés précocement, afin de réaliser de la kinésithérapie avec participation active du patient.
En l'absence d'amélioration, la prise en charge multidisciplinaire inclut un médecin spécialiste du rachis et si nécessaire un médecin du travail.
La prise en charge globale du patient, dite biopsychosociale, doit être centrée sur le patient : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socioprofessionnelle). Elle s'appuie sur une décision médicale partagée.

Gonarthrose

Clinique et définition

La gonarthrose résulte de la destruction progressive et irréversible du cartilage de l'articulation du genou. Elle se manifeste par des douleurs, une raideur des genoux et une gêne à la marche, parfois invalidante. La douleur est soulagée par le repos. Elle survient le plus souvent après 50 ans, peut être favorisée par un surpoids et/ou des antécédents d'anomalie congénitale, de traumatismes (lésions méniscales ou rupture des ligaments croisés, par exemple) et/ou microtraumatismes répétés (les sportifs de haut niveau utilisant beaucoup leur jambe d'appui), de fracture du genou.

L'examen peut retrouver un gonflement de l'articulation et/ou une rougeur en cas de poussée douloureuse d'arthrose.

Examens complémentaires

En cas de douleur intense au repos ou d'insomnies ou devant une articulation inflammatoire, un bilan biologique est demandé pour éliminer une cause inflammatoire, infectieuse ou cancéreuse.

L'imagerie (radiographies, puis scanner ou IRM selon la clinique) permet d'éliminer un diagnostic différentiel et d'évaluer l'intensité de la destruction du cartilage.

La réalisation d'un arthroscanner ou d'une arthroscopie peut être le moment d'un acte à visée thérapeutique (injection de corticoïdes ou viscosupplémentation, ablation d'un ménisque abîmé, etc.).

Traitement

Traitement non pharmacologique

Le traitement vise avant tout à soulager la douleur. On ne connaît pas de traitement efficace pour ralentir l'évolution

de la maladie arthrosique. En premier lieu sont proposés l'application locale de chaleur ou de froid, des mesures hygiéno-diététiques (réduction d'un surpoids, exercice physique régulier en dehors des poussées douloureuses).

Des exercices de renforcement musculaire ou une activité physique aérobie telle que la marche apportent un bénéfice à court terme. Ce bénéfice se maintient au moins 2 à 6 mois après l'arrêt du traitement formel en termes de réduction de la douleur des genoux et dans une moindre mesure de la gêne fonctionnelle [23], sans qu'on sache si cela diminue la consommation d'antalgiques. La réduction de la douleur semble plus importante lorsque les exercices sont réalisés au sol plutôt que dans l'eau. Les exercices ont souvent peu d'effets indésirables, généralement bénins, sous forme d'une exacerbation transitoire des douleurs.

Une méta-analyse de faible niveau de preuve a montré que pour la douleur liée à la gonarthrose, les effets de l'exercice et des antalgiques oraux seraient comparables [24].

Traitement médicamenteux

Durant les poussées douloureuses, le paracétamol est à proposer en première intention. Les AINS sont une option si le paracétamol ne soulage pas, en cures courtes et à la dose minimale efficace pour limiter le risque de survenue d'effets indésirables, digestifs et cardiovasculaires, en particulier chez les sujets âgés. Leur utilisation sous forme topique présente moins d'inconvénients systémiques sans efficacité démontrée et avec un risque de réaction locale.

Des antalgiques de niveau II ou III selon l'intensité douloureuse (utilisation et balance bénéfice-risque à réévaluer régulièrement) sont proposés si nécessaire.

Les preuves des essais contrôlés randomisés sur l'utilisation des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses sont limitées à une durée maximum de 16 semaines (moyenne de 5 semaines), une posologie maximum de 300 mg d'équivalent sulfate de morphine par jour et une dose médiane de 150 mg par jour [25]. Il ne semble pas y avoir de différence entre les divers opioïdes, qui peuvent être utilisés successivement afin de trouver la molécule, la posologie et la voie d'administration la plus adaptée au patient.

Le médecin généraliste prévient le patient des risques d'effets indésirables fréquents sous opioïdes fort. Il est fortement recommandé de prévenir les effets indésirables les plus fréquents (constipations, nausées, vomissements) par un traitement symptomatique anticipé, systématiquement proposé sur l'ordonnance. L'arrêt de traitement par opioïdes forts pour effets indésirables est plus fréquent que l'arrêt pour inefficacité.

Les antiarthrosiques symptomatiques d'action lente per os n'ont pas une balance bénéfice-risque favorable – pas de preuve de leur efficacité, en particulier ils ne diminuent pas les prises d'AINS ou d'antalgiques de niveau II ou II — au prix d'effets indésirables. La chondroïtine a une balance bénéfice-risque défavorable ; elle n'est pas plus efficace qu'un placebo sur la douleur ou l'évolution de l'arthrose et présente des effets indésirables : troubles cutanés (urticaires, érythèmes, eczémas), des troubles digestifs (nausées, vomissements), des vertiges et de rares œdèmes de Quincke [26]. L'efficacité de l'harpagophyton et des insaponifiables de soja ou d'avocat n'est pas établie.

Infiltration

Le principe de l'infiltration est de délivrer le produit actif à proximité du tissu cible et, ainsi, de recourir à une dose inférieure de médicament et de réduire les effets systémiques de ce dernier. Cependant, l'effet local et systémique d'un tel geste est difficilement prévisible, avec un risque infectieux connu qui engendre des controverses sur son indication.

La viscosupplémentation (injections d'acide hyaluronique) a un effet, au mieux faible, sur la douleur, et au prix d'effets indésirables potentiellement invalidants (limitation du mouvement, infection iatrogène liée au geste de l'infiltration) sans démonstration d'un recours différé à la chirurgie. Des injections de plasma riche en plaquettes sont parfois proposées — sans certitude sur leur efficacité.

Les injections de corticoïdes intra-articulaires soulagent la douleur mais pas au-delà de quelques semaines. Elles provoquent parfois des infections. Les effets secondaires principaux des corticostéroïdes sont un flush du visage, une dysphonie, des troubles du sommeil et une élévation transitoire de la glycémie ; une incertitude demeure sur une potentielle destruction physique du cartilage [27]. Leur balance bénéfice-risque est encore débattue [28]. Une étude randomisée contrôlée pragmatique a montré que, dans une population de patients d'âge moyen atteints d'arthrose du genou, l'amélioration des symptômes après un an était plus importante avec douze séances de kinésithérapie axée sur des exercices qu'avec deux ou trois infiltrations de corticoïdes, et ce de manière significative statistiquement mais pas cliniquement [29].

Traitement chirurgical

La chirurgie (arthroplastie, mise en place de prothèse) est réservée aux gonarthroses évoluées à la radiographie, douloureuses, invalidantes et réfractaires aux mesures thérapeutiques habituelles.

Migraines et céphalées

La céphalée est un motif fréquent en consultation de médecine générale. L'entretien avec le patient est l'élément clef de l'orientation diagnostique et de la proposition thérapeutique. La maladie migraineuse est la cause la plus fréquente (15 %), suivent les céphalées de tension chronique (4 %) et les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) (3 %), plus rarement l'algie vasculaire de la face (AVF), la névralgie du trijumeau et la névralgie d'Arnold [30].

Les céphalées dites secondaires sont symptomatiques d'une affection grave (hémorragie méningée), infectieuse (méningite, sinusite, grippe…) ou inflammatoire (maladie de Horton…). Elles correspondent à un signal d'alarme chez une personne ne souffrant pas de céphalées habituellement et chez les personnes de moins de 50 ans. L'anamnèse et l'examen physique permettent le diagnostic, complété par des examens complémentaires réalisés sans délai.

Migraine

La prévalence est estimée entre 18 et 20 % chez l'adulte de 18 à 65 ans, selon les critères diagnostiques utilisés, avec un sex-ratio de 3 femmes pour un homme [30].

Le diagnostic repose sur le trépied clinique suivant :
- évolution par crises récurrentes séparées par des intervalles libres de toute douleur ;
- caractéristiques sémiologiques propres ;
- examen physique normal.

Les critères sémiologiques (tableaux 25.2 et 25.3) ont été établis par l'*International Classification of Headache Disorders* (ICHD) en 1988, révisés en 2004, 2013, 2018 [31].

Parmi les migraines, 80 % sont sans aura et 20 % débutent avec une aura : visuelle (90 %), sensitive, aphasique, « basilaire » ou motrice. La migraine avec aura est un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral avec une augmentation du risque relatif d'un facteur 2. Ce risque relatif augmente de façon importante en cas d'association à un tabagisme et à une contraception estroprogestative [32].

Céphalée de tension

C'est une céphalée fréquente. Elle dure de 30 minutes à 7 jours, en continu dans la céphalée de tension chronique. Elle se traduit par une douleur qui a au moins deux des caractéristiques suivantes :
- bilatérale ;
- à type de serrement ou constrictive (jamais pulsatile) ;
- d'intensité légère à modérée ;
- non aggravée par l'activité physique de routine (monter les escaliers).

Elle n'est pas associée à des troubles digestifs. Elle est rarement associée à la phonophobie, ou à la photophobie, mais pas à l'association des deux symptômes. Elle est influencée par l'anxiété, une perception et/ou une gestion du stress anormales. Il n'y a jamais de vomissements.

Sa fréquence de survenue est variable, en moyenne dix épisodes par mois depuis au moins 3 mois.

En cas de céphalées de tension chronique, l'abus médicamenteux est à rechercher.

Céphalées chroniques quotidiennes

Les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) durent plus de 15 jours par mois depuis au moins 3 mois (accord professionnel). Les critères sont définis par l'ICHD-3. Les céphalées n'ont pas besoin d'être quotidiennes.

Elles sont primaires (migraine chronique, céphalée de tension chronique, *hemicrania continua*, CCQ de novo) ou secondaires (à une autre affection ou à l'abus médicamenteux).

Le principal facteur de risque des CCQ est l'abus médicamenteux. Celui-ci est défini par la prise régulière et fréquente d'au moins 15 jours par mois d'antalgiques non opioïdes ou d'au moins 10 jours par mois d'opioïdes, de dérivés de l'ergot de seigle, de triptans ou d'antalgiques associant plusieurs principes actifs ou en cas d'utilisation combinée de plusieurs médicaments par le patient [30].

Tableau 25.2 Critères diagnostiques de migraine sans aura selon l'ICHD-3.

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D
B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)
C. Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : 1. topographie unilatérale 2. type pulsatile 3. intensité douloureuse modérée ou sévère 4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (par exemple, marche ou montée des escaliers)
D. Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants : 1. nausées et/ou vomissements 2. photophobie et phonophobie
E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

(Source : Classification Internationale des Céphalées 3e édition. ICHD-3. Comité de classification des céphalées de la Société internationale des céphalées. © International Headache Society 2013-2018.)

Tableau 25.3 Critères de la migraine avec aura selon l'ICHD-3.

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C
B. Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura : 1. visuel 2. sensitif 3. parole et/ou langage 4. moteur 5. tronc cérébral 6. rétinien
C. Au moins trois des six caractéristiques suivantes : 1. au moins un symptôme d'aura se développe progressivement sur ≥ 5 minutes 2. deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement 3. chaque symptôme d'aura dure 5 à 60 minutes 4. au moins un symptôme d'aura est unilatéral 5. au moins un symptôme d'aura est positif 6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, d'une céphalée
D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

(Source : Classification Internationale des Céphalées 3e édition. ICHD-3. Comité de classification des céphalées de la Société internationale des céphalées. © International Headache Society 2013-2018.)

Névralgie d'Arnold

La névralgie d'Arnold est une neuropathie crânienne douloureuse entraînant des douleurs strictement localisées au territoire sensitif du nerf grand occipital. Elle est rare et surdiagnostiquée en cas de crises de migraine à irradiation postérieure ou de céphalée de tension à prédominance unilatérale.

Les douleurs sont des décharges électriques ou élancements, souvent sur un fond douloureux permanent à type de paresthésies ou de brûlures. Le nerf grand occipital, formé par la branche postérieure de la deuxième racine cervicale (C2), innerve le cuir chevelu depuis l'occiput jusqu'au vertex ; le nerf petit occipital innerve la région rétro-auriculaire. Les douleurs siègent dans la région occipitale d'un côté et irradient vers le vertex, parfois jusque dans la région orbitaire, du même côté. Elles sont déclenchées par les mouvements de la tête et du cou ou en appuyant sur la zone d'émergence du nerf, à la base du crâne, au niveau de la naissance des cheveux.

Une cause locale peut être retrouvée à l'imagerie, comme une lésion cervicale haute.

Algie vasculaire de la face

L'algie vasculaire de la face (AVF) est une céphalée primaire unilatérale associée à des signes d'hyperactivité parasympathique. Les crises, stéréotypées, sont d'intensité sévère à très sévère. Les critères diagnostiques de l'AVF définis par l'ICHD-3 [31] sont résumés dans le tableau 25.4. L'AVF touche un sujet sur 1 000 dans la population adulte [33]. Il existe une forte association entre l'AVF et le tabagisme. Elle est responsable d'une altération de la qualité de vie et d'une perte de productivité professionnelle. Les symptômes dépressifs et les idées suicidaires sont fréquents, notamment dans la forme chronique.

Examens complémentaires

Migraine

La TDM cérébrale sans injection ou l'IRM cérébrale avec injection est indiquée si la crise migraineuse survient après 50 ans, si l'aura est atypique (début brutal, prolongée au-delà d'une heure, survenant toujours du même côté), si l'examen clinique est anormal et si la céphalée est inhabituelle chez un migraineux connu (accord professionnel) [30]. La TDM cérébrale est réservée aux situations d'urgence en l'absence d'accès rapide à l'IRM.

Tableau 25.4 **Critères diagnostiques de l'algie vasculaire de la face selon l'ICHD -3**

Critères généraux
A. Au moins 5 crises réunissant les critères B à D
B. Douleur sévère à très sévère, unilatérale, orbitaire, sus-orbitaire et/ou temporale, durant 15 à 180 minutes sans traitement
C. L'un des éléments suivants ou les deux : 1 : Au moins un des signes/symptômes suivants, du même côté que la douleur : a. injection conjonctivale et/ou larmoiement b. congestion nasale et/ou rhinorrhée c. œdème palpébral d. sudation du front et de la face e. myosis et/ou ptosis 2 : Une sensation d'impatience ou une agitation motrice
D. Fréquence des crises comprise entre 1 tous les 2 jours et 8 par jour
E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3
AVF épisodique
A. Crises répondant aux critères de l'algie vasculaire de la face et survenant par périodes (appelées périodes actives ou cycles)
B. Au moins deux périodes actives de 7 jours à 1 an (en l'absence de traitement), séparées par des rémissions sans douleur de 3 mois ou plus
AVF chronique
A. Crises répondant aux critères de l'algie vasculaire de la face et au critère B ci-dessous
B. Survenant sans rémission ou avec des rémissions de moins de 3 mois, pendant au moins 1 an

(Source : Classification Internationale des Céphalées 3e édition. ICHD-3. Comité de classification des céphalées de la Société internationale des céphalées. © International Headache Society 2013-2018.)

Aucun autre examen paraclinique n'est indiqué (EEG, radiographie du rachis cervical ou des sinus).

Céphalée de tension

La TDM cérébrale sans injection ou l'IRM cérébrale avec injection sont indiquées si la céphalée de tension débute après 50 ans, si la céphalée est inhabituelle ou s'il existe une anomalie à l'examen clinique (accord professionnel).

Algie vasculaire de la face

Bien que l'AVF soit une céphalée primaire, des formes secondaires sont possibles (vasculaires, tumorales, infectieuses ou inflammatoires). Ainsi, une IRM encéphalique, une angiographie cérébrale et cervicale par résonance magnétique ou un angioscanner sont à réaliser selon un degré d'urgence évalué en fonction du contexte.

Prise en charge

Éducation thérapeutique du patient et agenda des céphalées

La migraine est une affection sous-diagnostiquée : près d'une personne atteinte sur deux ignore son diagnostic et les thérapeutiques existantes, avec pour conséquence une automédication importante. Le soin centré sur la personne établit un diagnostic biopsychosocial, permet au patient de comprendre sa maladie et d'effectuer un bilan éducatif. L'agenda des céphalées évalue la fréquence des céphalées, la sévérité, la chronicité, l'altération de la qualité de vie. Il guide le choix thérapeutique, les modalités de suivi et dépiste un abus médicamenteux. Cet outil participe à l'éducation thérapeutique du patient avec l'objectif de diminuer la fréquence des crises, leur intensité et de prévenir l'abus médicamenteux.

Interventions non médicamenteuses

La relaxation, la sophrologie, le rétrocontrôle (biofeedback), les techniques cognitivo-comportementales de la gestion du stress sont recommandées (grade A).

Les manipulations cervicales ne sont pas recommandées (grade A).

Il n'y a pas de conclusion pour l'acupuncture (grade A). Un essai contrôlé randomisé chinois a montré en 2020 un effet de l'acupuncture traditionnelle sur la fréquence des migraines sans aura [34].

La régularité des horaires (repas, sommeil), la consommation modérée de caféine et d'alcool et la pratique régulière d'une activité physique sont également des approches très utiles.

Traitements médicamenteux

Céphalées de tension et CCQ

Dans les céphalées de tension, les molécules les plus simples (aspirine, AINS, paracétamol) sont utilisées sans dépasser 8 à 10 jours de prise par mois, en évitant les associations aux opioïdes, afin de prévenir au maximum le passage à la chronicité avec abus médicamenteux.

En cas de CCQ par abus médicamenteux, le sevrage peut être ambulatoire ou hospitalier (pas de supériorité).

S'il est ambulatoire, il peut être brutal ou progressif (accord professionnel) ; il est adapté en fonction du patient et de la situation (accord professionnel). Le topiramate est prescrit en première intention (grade B) [35]. En pratique l'amitriptyline est le traitement le plus prescrit dans cette indication.

Migraine

Traitements non spécifiques

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens recommandés (grade A) en respectant leurs contre-indications et interactions nombreuses : ibuprofène (AMM), kétoprofène (AMM).
- L'acide acétylsalicylique seul ou associé au métoclopramide (grade A) ; seule association à avoir l'AMM.
- Paracétamol en monothérapie (grade C), sans risque chez la femme enceinte, mais peu ou pas efficace.

Les trois thérapeutiques précédentes peuvent être prises dès les prodromes, avant même la douleur.

- Les antalgiques combinés avec la caféine et les opioïdes ne sont pas recommandés en raison du risque d'abus médicamenteux.
- Les opioïdes sont réservés aux patients ayant des contre-indications aux AINS et aux triptans.

Traitements spécifiques

Les triptans sont réservés à l'adulte de 18 à 65 ans, ils agissent sur la céphalée et sur les signes associés (grade A). Le sumatriptan nasal est également indiqué à partir de 12 ans.

Ils sont à prendre dès la survenue de la douleur. Si le patient n'est pas soulagé dans les 2 heures, une seconde dose n'a pas d'efficacité démontrée. Si la crise est soulagée puis récidive, une prise supplémentaire est possible dans un délai minimum de 2 heures ou 4 heures pour le naratriptan. Un triptan est à tester sur trois crises (sauf mauvaise tolérance) avant de changer de triptan. La réponse n'est pas toujours identique d'une crise à une autre : en général deux crises sur trois sont bien calmées. La tolérance est le plus souvent bonne ; une maladie coronarienne avérée est une contre-indication. Pour éviter le risque d'abus médicamenteux, le nombre de jours de prise est limité à 8 jours de prise par mois.

Traitements de fond

En cas de crises répétées et régulières, avec une consommation d'antalgiques plus de 8 jours par mois, le traitement de fond a pour objectif de diminuer la fréquence des crises et d'éviter la surconsommation de médicaments.

Les molécules ayant l'AMM dans cette indication sont :

- avec une efficacité démontrée (grade A) : bêtabloquants (propranolol, métoprolol) et topiramate ;
- avec une efficacité probable (grade B ou C) : flunarizine, oxétorone.

Algie vasculaire de la face

Triptans

Le sumatriptan SC 6 mg est un traitement de première intention de la crise d'AVF, en l'absence de contre-indication (pathologies cardio- et neurovasculaire, HTA non contrôlée, allergie aux sulfamides). Il a également une efficacité démontrée en spray nasal, avec un soulagement en 30 minutes versus 15 minutes en SC. Une analyse Cochrane ne laisse aucune place aux triptans par voie orale [36].

Oxygénothérapie

L'oxygène a une AMM dans le traitement de la crise d'AVF et est un des traitements de première intention. Le débit recommandé est de 12 à 15 l/min, au masque à haute concentration, pendant 15 à 20 minutes. Cette prescription est initiée par un neurologue, un ORL ou un centre de traitement de la douleur chronique.

Traitement de fond

Il est indiqué dans les formes épisodiques à période longue et dans les formes chroniques, en lien avec le neurologue ou l'algologue. Il comprend le vérapamil en première intention. Le lithium est proposé en seconde intention.

En cas d'AVF réfractaire, l'approche chirurgicale est discutée par stimulation des grands nerfs occipitaux. L'indication est posée dans un centre de soin tertiaire, après évaluation de la balance bénéfice-risque et décision partagée.

Syndrome douloureux régional complexe

Le syndrome douloureux régional complexe [37] (anciennement algodystrophie) est une affection rare qui touche préférentiellement une extrémité (main, pied). Il se développe le plus souvent dans les semaines qui suivent un traumatisme ou un accident vasculaire cérébral. Il s'agit d'une entité syndromique dont le diagnostic repose sur des critères précis, dits de Budapest (tableau 25.5), excluant toute atteinte expliquant mieux les symptômes. Une confirmation par scintigraphie peut être demandée.

Le traitement précoce est recommandé avec pour objectif le maintien ou la restauration de la mobilité articulaire. La restauration fonctionnelle en est le cœur (physiothérapie, ergothérapie), associée à une psychoéducation. L'immobilisation inappropriée et l'évitement, souvent rencontrés, doivent être combattus. Bisphosphonates ou corticoïdes

Tableau 25.5 Critères de Budapest (IASP, 1994).

1. Douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial
2. Au minimum un symptôme (trouble subjectif) présent dans 3 des 4 catégories : – somatosensorielle : hypersensibilité – vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique – sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème – motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changement de la pilosité ou des ongles
3. Au minimum 1 signe d'examen clinique dans 2 des 4 catégories : – somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie – vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique – sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème – motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles
4. Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes

sont les médicaments de premier choix des formes précoces. Le recours aux techniques de neurostimulation peut être indiqué au sein d'un soin pluridisciplinaire. Une prise en charge psychologique est recommandée quand il existe des facteurs psychologiques ou de vulnérabilité. L'évolution est souvent longue et le pronostic favorable dans environ 75 % des cas (≤ 1 an) [38].

Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste veille à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués dans le soin, en raison du caractère délétère des discours discordants.

Un travail en interprofessionnalité est utile pouvant impliquer différents acteurs. Il dépend de l'expérience du clinicien consulté initialement par le patient, de sa situation individuelle, de ses préférences et des ressources du système de soins disponibles localement.

Explorer les représentations du patient et le vécu de sa douleur

Après avoir exploré la plainte douloureuse, le médecin explore la représentation de la douleur du patient (signification, mécanismes, évolution…) à l'aide des habilités relationnelles décrites dans la partie 2 de l'ouvrage (consultation dédiée, approche centrée sur le patient, entretien motivationnel, thérapie de soutien…).

La chronicité, l'absence de soulagement ou la perception de ne pas être compris et aidé font que les patients se tournent parfois vers des thérapeutiques dites alternatives ou complémentaires, souvent sans en parler au médecin. Les initiatives personnelles du patient sont importantes à connaître et il est nécessaire de l'interroger sur ce qu'il fait vraiment (et le coût que ces pratiques engendrent) :

- ostéopathie et chiropraxie, qui sont souvent utilisées. Les réponses apportées par l'ostéopathie et la chiropraxie sont potentiellement efficaces dans les douleurs d'origine vertébrales, sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques. Dans les autres indications, on ne peut conclure en l'état actuel des études disponibles. Des événements indésirables rares et graves peuvent survenir lors de manipulations des vertèbres cervicales [39, 40] ;
- acupuncture [41, 42] ;
- relaxation, sophrologie [43], rétrocontrôle (biofeedback), méditation de pleine conscience, hypnose [44], techniques cognitivo-comportementales, recours possibles en vue de modifier le vécu de la douleur et permettre une meilleure la gestion du stress ;
- étiopathie : elle a été signalée comme une potentielle dérive sectaire [45] ;
- autres recours décrits : naturopathie, lithothérapie, aileron de requin, ambre…

En cas d'échec ou de résistance aux soins proposés, s'interroger avec tact et sans interprétation hâtive sur le sens de la douleur pour la personne et les éventuels bénéfices secondaires de la persistance des symptômes est une approche utile.

Accompagner sur la durée, réévaluer (la douleur et les traitements)

Le traitement de la douleur chronique poursuit un double objectif pour le patient : soulager sa douleur, maintenir/prévenir/retrouver son autonomie.

Le choix du traitement suit un processus de décision partagée, en fonction de l'intensité de la douleur, de son retentissement, de la durée d'évolution du trouble, de ce qu'est prêt à faire le patient. La recherche et l'identification des facteurs déclenchants et favorisants sont des étapes importantes du soin.

Le médecin généraliste :

- fixe avec le patient des objectifs (réalistes) de traitement ;
- discute et explique les balances bénéfices-risques des différentes options de traitements ;
- favorise le maintien de l'autonomie (vie quotidienne, activité professionnelle, vie scolaire et étudiante) ;
- accompagne et soutient dans la durée ;
- explore régulièrement la survenue ou l'impact de difficultés psychosociales (détresse psychologique, détérioration des relations familiales, limitation des activités sociales, incapacité à travailler, diminution de la qualité de vie…) ; c'est d'autant plus important que les résultats d'une revue systématique suggèrent que la dépression pourrait avoir un effet négatif sur le pronostic de la lombalgie [19] ;
- repère et prend en charge un syndrome anxiodépressif associé.

Le praticien est souvent démuni face à l'échec des thérapeutiques mises en œuvre. La prise en charge dans la durée expose le médecin à une potentielle banalisation de la plainte douloureuse, voire un agacement — également lié au sentiment d'impuissance fréquemment ressenti dans ces situations, cf. chapitre 45. Les risques de proposer des soins moins pertinents, de ne plus explorer une modification de la plainte et de passer à côté d'un diagnostic différentiel potentiellement grave sont alors importants.

Soulager la douleur

Mesures physiques

Les mesures proposées dépendent du type de douleurs chroniques, de leur étiologie et de leur localisation. Peuvent être proposés (liste non exhaustive) :

- les applications de chaud ou de froid ;
- le port d'orthèses, de cannes ;
- dans les douleurs à composante neuropathiques, la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) ;
- l'évitement des facteurs favorisants ou déclenchants.

Le mouvement, la kinésithérapie

Le médecin généraliste explique l'intérêt de l'activité physique (AP) pour le maintien de l'autonomie, la lutte contre la sédentarité. Sa pratique régulière a un effet protecteur vis-à-vis du stress, de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez les personnes non déprimées de tous les âges en bonne santé, âgées ou adultes, atteintes d'une pathologie chronique [46]. L'AP est aussi un des traitements non médicamenteux proposé lors d'un syndrome anxiodépressif [47].

L'AP prendre plusieurs formes : le patient par lui-même et selon ses préférences (avec l'utilisation d'un podomètre, par exemple) ou en groupe (et adaptée si nécessaire).

La prescription d'activité physique est adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical et s'inscrit dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection longue durée (ALD).

La kinésithérapie a pour objectif de remuscler et de réadapter la posture (afin d'éviter, prévenir les douleurs liées aux postures compensatoires). Un programme de réadaptation individuel, dirigé par un kinésithérapeute, d'une durée moyenne de neuf séances pendant 5 mois, combinant une éducation individualisée, un entraînement sensorimoteur, des conseils en matière d'activité physique, a permis d'améliorer de manière cliniquement pertinente la douleur, le handicap et l'état de santé général de la moitié des patients après un an de suivi [48]. Cette efficacité a aussi été démontrée pour les lombalgies communes avec un plus faible niveau de preuve [49].

Mesures médicamenteuses

La prescription médicamenteuse s'accompagne d'une approche analytique de la douleur, permettant d'identifier les différentes composantes (affective, émotionnelle, comportementale, cognitive) et de différencier les douleurs neuropathiques des douleurs nociceptives ou nociplastiques, parfois associées.

Les prescriptions sont adaptées à l'intensité de la douleur et réévaluées régulièrement pour soulager au mieux avec une dose et une durée minimale de traitement, en commençant par du paracétamol. Le recours aux AINS, aux antalgiques de niveau II (dits opioïdes faibles) et III (dits opioïdes forts) peut s'avérer nécessaire.

NB : Le tramadol à forte dose est un opioïde fort. Les paliers II et III sont associés à un risque d'abus. L'abus d'oxycodone et de fentanyl est responsable d'une « crise des opioïdes » aux États-Unis. Une augmentation de la prescription en Europe et en France fait craindre le même type d'abus médicamenteux.

Les recommandations françaises de la SFEDT [50] proposent un algorithme de prise en charge (figure 25.2). La balance bénéfices-risques de ces traitements invite le médecin généraliste à être attentif à la survenue d'effets indésirables (nécrose cutanée pour la capsaïcine, abus et dépendance pour la prégabaline, etc.). Les patients présentant des douleurs rebelles peuvent être inclus par les centres de référence dans l'expérimentation du cannabis médical.

Coordination des soins

Autres spécialités médicales et chirurgicales

En fonction du type de douleur, de ses mécanismes et de son retentissement dans la vie du patient plusieurs interlocuteurs peuvent être privilégiés, selon l'offre locale de soins : rhumatologue, radiologue, neurologue, chirurgien…

Centres d'évaluation et de traitement de la douleur

Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CEDT) permettent une prise en charge pluriprofessionnelle en ambulatoire par une équipe spécialisée. Les délais peuvent être longs.

Médecine du travail

En vue du maintien au travail, la médecine du travail, ou la médecine scolaire pour les plus jeunes, est un interlocuteur nécessaire et en vue d'une adaptation de

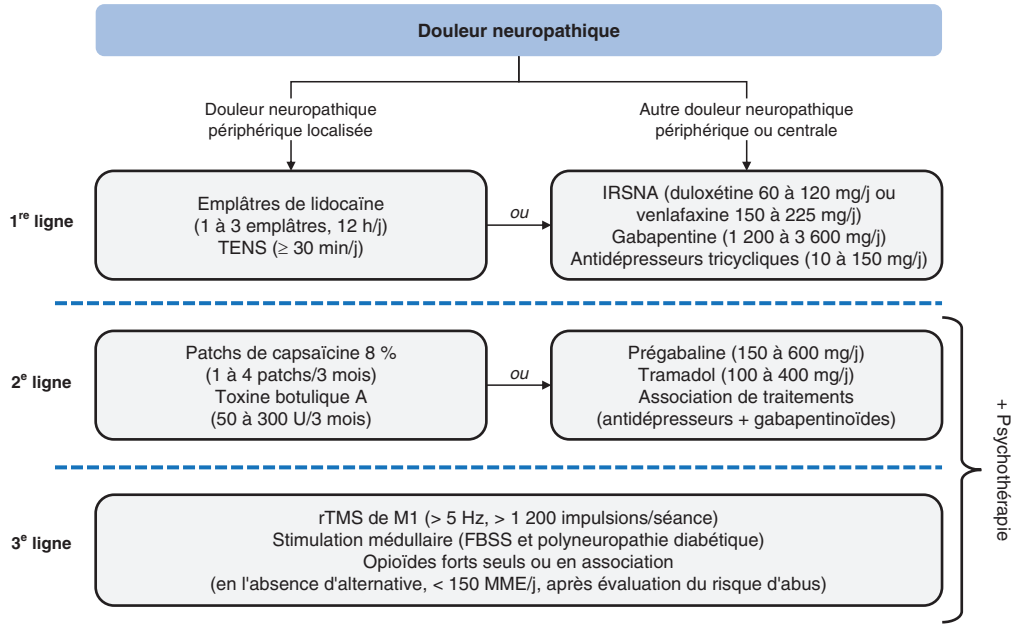


Fig. 25.2 Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique (SFEDT, 2020). TENS : *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive Transcranial Magnetic Stimulation*. *(D'après : Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Douleur Analg. © Lavoisier SAS 2020.)*

poste et/ou un éventuel reclassement professionnel (cf. chapitre 42).

Le médecin-conseil

En cas d'arrêt prolongé le médecin-conseil statue sur la possibilité d'une reprise de travail ou d'une mise en invalidité.

MDPH, affection longue durée

Le remplissage d'une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) permet au patient d'accéder pour les travailleurs, au statut de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), afin d'être éligible aux postes adaptés en entreprise, et pour les élèves ou étudiants, à l'adaptation de l'accueil sur les temps scolaires et universitaires, voire une adaptation des conditions de passation d'examens.

Le médecin généraliste peut remplir une déclaration en affection longue durée, soumise à condition, comme « hors liste » (ALD 31) ou pour un état pathologique invalidant (ALD 32).

Conclusion

Les motifs de consultation en lien avec une ou des douleurs chroniques sont nombreux en médecine générale. La connaissance des principales situations de soins et des thérapeutiques médicamenteuses est nécessaire, selon les caractéristiques de la douleur. Pour une prise en soins de qualité, le médecin généraliste met en œuvre des habiletés communicationnelles indispensables à la compréhension du patient et propose d'abord des interventions non médicamenteuses, comme l'activité physique ou la rééducation.

La répétition de la plainte peut entraîner un agacement dû à la sensation de mise en échec du médecin, entraînant une banalisation parfois délétère. Dans ces situations devenues complexes, le travail en interprofessionnalité est une aide. Le médecin du travail, le médecin-conseil sont également des ressources utiles.

Références

[1] International Association for the Study of Pain (IASP). Classification of Chronic Pain, Taxonomy working Group, Second Edition (Revised). Washington: DC: IASP; 2011.

[2] Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain 2019;160(1):19–27.

[3] Organisation mondiale de la santé. Classification Internationale des Maladies Onzième Révision. [En ligne]. Genève (Suisse): OMS; 2019. Disponible sur https://www.who.int/fr.

[4] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain Lond Engl 2006;10(4):287–333.

[5] Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez AM, Cabrera-León A. Consequences of chronic non-cancer pain in adulthood. Scoping review Rev Saude Publica 2020;54:39.

[6] Lerman SF, Rudich Z, Brill S, Shalev H, Shahar G. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. Psychosom Med 2015;77(3):333–41.

[7] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008;136(3):380–7.

[8] Langley PC, Van Litsenburg C, Cappelleri JC, Carroll D. The burden associated with neuropathic pain in Western Europe. J Med Econ 2013;16(1):85–95.

[9] Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, Fermanian J, Bouhassira D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. Pain 2011;152(12):2836–43.

[10] Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia Int J Headache 2007;27(3):193–210.

[11] Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain 2010;11(4):289–99.

[12] Pernollet F, Ramond-Roquin A, Fouquet N, Räber C, Huez J-F, Bouton C. La lombalgie chez les adultes consultant en médecine générale : fréquence, caractéristiques sociodémographiques et résultats de consultation associés. exercer 2014;25:170.

[13] Classification Internationale des Céphalées 3e édition. ICHD-3. Comité de classification des céphalées de la Société internationale des céphalées. © International Headache Society 2013-2018. Disponible sur : https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD3-traduction-fran%C3%A7aise-VF-%C3%A0-publier.pdf.

[14] Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Saint-Denis: HAS; 2019.

[15] Menezes Da C, Costa L, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LOP. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can 2012;184(11):E613–24.

[16] Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. Lancet 2012;379(9814):482–91.

[17] Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. BMJ 2008;337, a171.

[18] Ramond-Roquin A, Bodin J, Serazin C, et al. Biomechanical constraints remain major risk factors for low back pain. Results from a prospective cohort study in French male employees. Spine J Off J North Am Spine Soc 2015;15(4):559–69.

[19] Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, et al. Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. Spine J Off J North Am Spine Soc 2016;1;16(1):105–16.

[20] Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? JAMA 2010;303(13):1295–302.

[21] Kent PM, Keating JL. Can we predict poor recovery from recent-onset nonspecific low back pain? A systematic review Man Ther 2008;13(1):12–28.

[22] Bailly F, Genevay S, Foltz V, et al. Effects of COVID-19 lockdown on low back pain intensity in chronic low back pain patients: results of the multicenter CONFI-LOMB study. Eur Spine J 2022;31(1):159–66.

[23] Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev 2015;1, CD004376.

[24] Henriksen M, Hansen JB, Klokker L, Bliddal H, Christensen R. Comparable effects of exercise and analgesics for pain secondary to knee osteoarthritis: a meta-analysis of trials included in Cochrane systematic reviews. J Comp Eff Res 2016;5(4):417–31.

[25] Société française d'évaluation et de traitement de la douleur. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Montferrat: SFETD; 2016.

[26] Haute Autorité de santé. Commission de la transparence. Avis de la commission de la transparence. Chondrosulf 400 mg. Saint-Denis: HAS; 2011.

[27] McAlindon TE, LaValley MP, Harvey WF, et al. Effect of intra-articular triamcinolone vs saline on knee cartilage volume and pain in patients with knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. JAMA 2017;317(19):1967–75.

[28] Arden NK, Perry TA, Bannuru RR, et al. Non-surgical management of knee osteoarthritis: comparison of ESCEO and OARSI 2019 guidelines. Nat Rev Rheumatol 2021;17(1):59–66.
[29] Deyle GD, Allen CS, Allison SC, et al. Physical therapy versus glucocorticoid injection for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med 2020;382(15):1420–9.
[30] Lantéri-Minet M, Demarquay G, Alchaar H, et al. Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) – Prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique/Recommandations de la SFEMC. ANLLF et SFETD Rev Neurol (Paris) 2014;170(3):162–76.
[31] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia Int J Headache 2013;33(9):629–808.
[32] Guegan-Massardier E, Lucas C. Migraine et risque vasculaire. Rev Neurol (Paris) 2013;169(5):397–405.
[33] Donnet A, Demarquay G, Ducros A, et al. Recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'algie vasculaire de la face. Rev Neurol (Paris) 2014;170(11):653–70.
[34] Xu S, Yu L, Luo X, et al. Manual acupuncture versus sham acupuncture and usual care for prophylaxis of episodic migraine without aura: multicentre, randomised clinical trial. BMJ 2020;368, m697.
[35] Silberstein SD, Holland S, Freitag F, et al. Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology 2012;78(17):1337–45.
[36] Law S, Derry S, Moore RA. Triptans for acute cluster headache. Cochrane Database Syst Rev 2013;7, CD008042.
[37] Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille. Recommandations de la SFETD Douleur Analg 2019;32(3):155–64.
[38] Luthi F, Buchard P-A, Cardenas A, et al. Syndrome douloureux régional complexe. Rev Med Suisse 2019;15(640):495–502.
[39] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. (Rapports thématiques). [En ligne]. Paris: Inserm; 2012. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[40] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Évaluation de l'efficacité de la pratique de la chiropratique. (Rapports thématiques). [En ligne]. Paris: Inserm; 2011. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[41] Mu J, Furlan AD, Lam WY, Hsu MY, Ning Z, Lao L. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2020;12, CD013814.
[42] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. (Rapports thématiques). [En ligne]. Paris: Inserm; 2014. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[43] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la sophrologie. (Rapports thématiques). [En ligne]. Paris: Inserm; 2020. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[44] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. (Rapports thématiques). [En ligne]. Paris: Inserm; 2015. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[45] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'étiopathie. (Rapports thématiques). [En ligne]. Paris: Inserm; 2018. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[46] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective. Synthèse et recommandations. [En ligne]. Paris: Inserm; 2019. Disponible sur https://www.inserm.fr/.
[47] Haute Autorité de santé. Prescription d'activité physique et sportive. Saint-Denis HAS: Dépression. Organisation des parcours; 2019.
[48] Trulsson Schouenborg A, Rivano Fischer M, Bondesson E, Jöud A. Physiotherapist-led rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal pain: interventions and promising long-term outcomes. BMC Musculoskelet Disord 2021;22(1):910.
[49] Chys M, Cagnie B, De Meulemeester K, Bontinck J, Meeus M, Dewitte V. Evaluating the effectiveness of patient tailored treatment for patients with non-specific low back pain: A systematic review. Musculoskeletal Care 2021 May 31.
[50] Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris) 2020;176(5):325–52.

Le patient présentant une plainte dont l'origine micro- ou macrotraumatique est probable

Benoît Chamboredon

PLAN DU CHAPITRE

Entretien 242
Épaule 242
Coude 245
Poignet 247
Hanche 248
Genou 250
Cheville et pied 253
Rachis 255
Particularités de l'enfant et l'adolescent 256

Les microtraumatismes sont des traumatismes mineurs qui, lorsqu'ils se répètent, provoquent des manifestations pathologiques. Par opposition, le macrotraumatisme est conséquence d'un accident aigu avec des manifestations cliniques. Les macrotraumatismes peuvent être provoqués par des accidents à haute énergie (accident de la voie publique, accident de sport…) mais aussi parfois lors d'accidents d'allure banale chez des patients fragiles.

Ces micro- ou macrotraumatismes (figure 26.1) concernent les lésions ostéoarticulaires, tendineuses et les syndromes canalaires. Toutes les articulations peuvent être concernées. L'entretien avec le patient permet, le plus

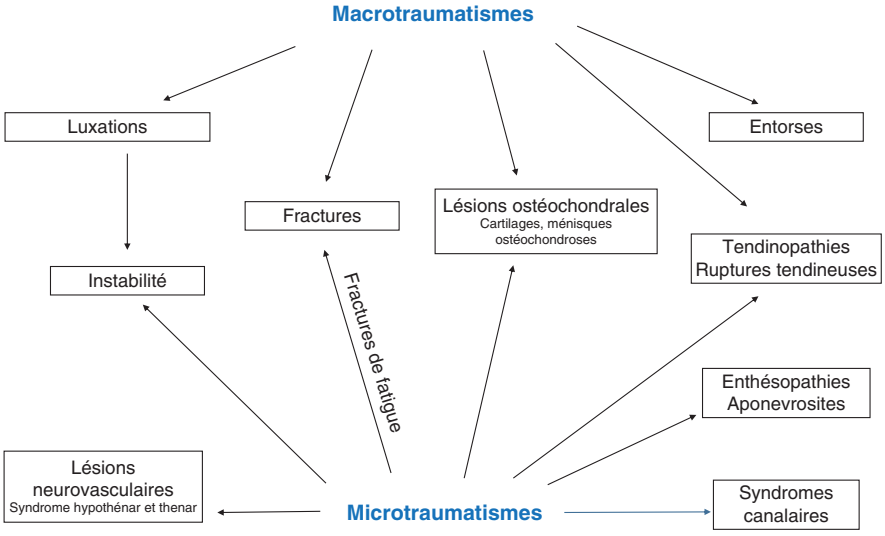


Fig. 26.1 Microtraumatismes et macrotraumatismes.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

souvent, de localiser la lésion et d'avoir une orientation confirmée par l'examen clinique et les éventuels examens complémentaires.

Les soins de premier recours sont le plus souvent assurés par les services d'urgence lors d'un traumatisme violent. La traumatologie représente seulement 1 % des consultations de médecine générale mais 11 % des demandes de soins non programmés [1].

Il existe des lésions spécifiques aux activités sportives ou professionnelles et elles peuvent aussi être communes. Certaines lésions sont spécifiques aux adolescents durant leur pic de croissance, d'autres spécifiques aux personnes âgées.

Entretien

L'exploration de la plainte tient compte de l'âge du patient, de sa profession, de sa pratique physique, sportive ou de loisir, pour cerner les circonstances favorisantes, le mécanisme lésionnel et les hypothèses diagnostiques.

La connaissance des antécédents du patient, traumatiques ou non, et de ses traitements médicamenteux est nécessaire. Un patient diabétique est plus enclin à développer une tendinite calcifiante de l'épaule par exemple. La prise de fluoroquinolone oriente vers une rupture tendineuse.

Les circonstances d'apparition de la plainte orientent vers une origine macrotraumatique ou vers l'acutisation d'une pathologie microtraumatique lors d'un événement aigu et vers une origine microtraumatique si l'évolution est progressive, accentuée par certains mouvements de la pratique sportive, professionnelle ou de loisir, ou améliorée par le repos ou les congés.

L'hypersollicitation durant les activités sportives ou professionnelles peut provoquer des lésions microtraumatiques osseuses, musculaires, tendineuses ou canalaires. L'entretien avec le patient permet de connaître son activité professionnelle, si elle implique des mouvements répétés ou avec des contraintes physiques importantes, si elle permet de changer de poste et de varier les travaux. Dans l'Union européenne, 17 à 30 % des travailleurs manuels déclarent avoir des troubles musculosquelettiques. Les travailleurs manuels sont plus exposés que ceux non manuels à ces troubles au niveau du membre supérieur [2]. L'entretien permet aussi d'explorer les activités physiques et sportives du patient, leur intensité, la fréquence des entraînements et leur durée.

La douleur est caractérisée : présence d'un événement déclenchant, horaire inflammatoire, avec un dérouillage matinal, mécanique, le soir ou après les efforts, ou mixte ; type de douleur (sensation de brûlure, de déchirure, constrictive…), présence d'irradiations, de mouvements qui réveillent la douleur ou d'autres qui la diminuent, de positions antalgiques. Une gêne fonctionnelle avec une raideur, une limitation des amplitudes articulaires ou une sensation d'instabilité est recherchée.

Épaule

Examen de l'épaule

Inspection

Pour repérer des cicatrices, des hématomes, des asymétries, des déformations de l'épaule, un décollement de la scapula.

Palpation

Pour repérer un épanchement, la mobilité ou la douleur des articulations sternoclaviculaires ou acromioclaviculaires ou les insertions tendineuses.

Mobilités passives (tableau 26.1)

Pour rechercher une atteinte articulaire ou de la capsule.

Mobilités actives

Pour rechercher des signes neurologiques ou d'épaule pseudo-paralytique.

Testing musculaire (tableau 26.2)

Pour rechercher une atteinte musculo-tendineuse et notamment une rupture.

Tests de conflits (tableau 26.3)

Pour rechercher un conflit sous-acromial.

Tests d'appréhension

Le bras en position « armée », on maintient le poignet et on pousse vers l'avant pour rechercher une instabilité antérieure ou vers l'arrière pour une instabilité postérieure.

Tendinite de la coiffe des rotateurs

L'inspection peut retrouver un œdème de l'épaule ; les mobilités passives sont normales. Les mobilités actives sont normales mais parfois limitées par la douleur. Le testing musculaire est symétrique mais la douleur apparaît lorsqu'on teste le tendon inflammatoire.

Les examens d'imagerie sont la radiographie, l'échographie et l'IRM. La radiographie permet de visualiser les calcifications abarticulaires. L'échographie permet de visualiser les tendons inflammatoires et de repérer une éventuelle rupture. L'IRM voire l'arthro-IRM sont utiles lorsqu'une décision chirurgicale est discutée. L'échographie et l'IRM sont des examens de seconde intention ou lorsque le patient est jeune et qu'il existe une suspicion de rupture tendineuse.

Le traitement repose sur la prescription initiale d'AINS (en l'absence de contre-indication) et d'antalgiques associée à la kinésithérapie. Dans certains cas, l'infiltration par des corticoïdes peut soulager une tendinite très algique, mais son efficacité est de courte durée. Dans le cas des tendinites calcifiantes, lorsque le traitement habituel de la tendinite de la coiffe est insuffisant, une prise en charge chirurgicale peut être proposée par lithotritie, ponction-lavage voire arthroscopie [3].

Tableau 26.1 **Mesure des mobilités passives.**

Abduction	180°	Adduction	45°
Élévation antérieure	180°	Rétropulsion	40°
Rotation interne	95°	Rotation externe 1 (RE1) Rotation externe 2 (RE2) (Bras à 90° en abduction)	85°

Rupture de la coiffe des rotateurs

La rupture de tendons de la coiffe des rotateurs peut survenir au décours d'un effort intense et brutal et peut aussi faire suite à une tendinopathie. Elle touche surtout les patients de plus de 40 ans.

La douleur, permanente, est augmentée par les efforts et par l'élévation du bras entre 60° et 120°. Les mobilités actives et passives sont conservées mais limitées par la douleur. Les tests musculaires et les tests de conflits permettent d'identifier le ou les tendons atteints.

Tableau 26.2 **Tests de la coiffe.**

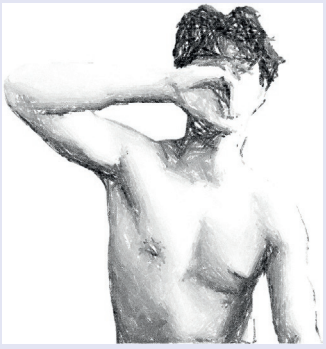
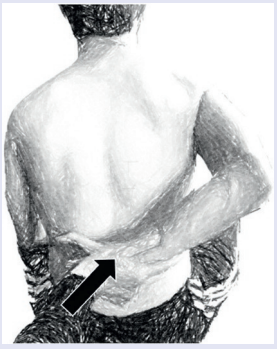
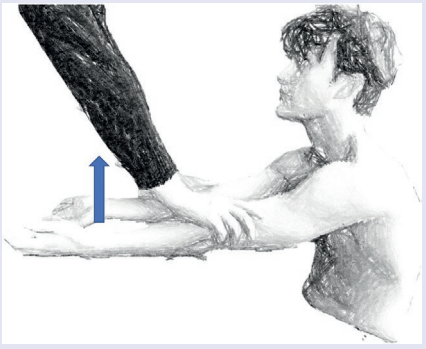
Test de Jobe	Supra-épineux	
Signe du clairon	Infra-épineux	
Signe du portillon		
Test de Patte	Petit rond	

Tableau 26.2 **Suite.**

Manœuvre de Gerber	Sous-scapulaire	
Press belly test		
Palm up test	Long biceps	

Il existe d'autres formes cliniques : la forme hyperalgique, la forme pseudo-paralytique et l'« épaule gelée ». Dans la forme hyperalgique, les mobilités actives et passives sont altérées et il est nécessaire de réaliser une infiltration de corticoïdes pour examiner l'épaule. Dans la forme pseudo-paralytique, les mobilités passives sont normales, les mobilités actives sont impossibles [4].

La radiographie est l'examen de première intention pour rechercher des calcifications et évaluer l'espace sous-acromial. *L'échographie* n'est réalisée qu'en cas de doute entre une tendinopathie et une rupture. Lorsque la rupture est suspectée, un arthroscanner est réalisé pour évaluer l'étendue de la rupture et de l'atrophie graisseuse de l'infra-épineux et envisager un geste chirurgical.

Le traitement est le même que pour les tendinites avec AINS, physiothérapie et rééducation, associés ou non à une infiltration. L'indication chirurgicale dépend de l'âge du patient, de l'histoire de la maladie, de la durée d'évolution (> 6 mois) et de la tolérance fonctionnelle. L'arthroscanner permet de définir si la chirurgie sera réparatrice ou antalgique.

Luxation de l'épaule

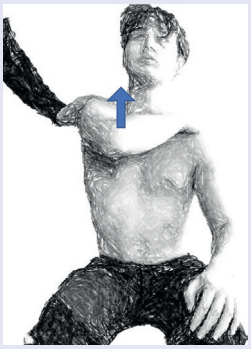
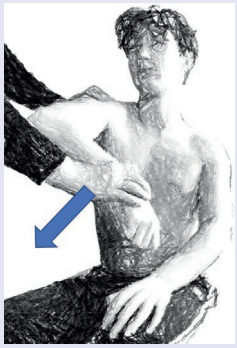
La luxation est le plus souvent due à un traumatisme important pris en charge la plupart du temps dans un service d'urgence voire en chirurgie orthopédique.

À l'examen, il y a une douleur intense, une impotence fonctionnelle et une perte du galbe de l'épaule. Il est très important de s'assurer de l'absence de complication vasculo-nerveuse.

La radiographie permet de s'assurer de l'absence de fracture associée.

Le traitement est une réduction de la luxation, parfois au bloc opératoire. L'épaule est immobilisée avec un coude au corps pendant 10 jours.

Tableau 26.3 **Tests de conflit.**

Signe de Neer	Élévation du bras avec la main en pronation en bloquant la scapula	
Signe de Yocum	Sur l'épaule opposée, bras à 90° et on demande au patient de lever le coude contre résistance	
Signe de Hawkins	Bras à 90°, coude à 90° et mouvement de rotation interne	

Instabilité de l'épaule

Si les luxations récidivent, une instabilité de l'épaule est recherchée par l'examen.

L'imagerie privilégiée est la radiographie de l'épaule qui recherche une fracture des bords antérieurs ou postérieurs ou un éculement de la glène, une encoche de la tête humérale.

Le traitement est le plus souvent chirurgical avec la mise en place d'une butée coraco-glénoïdienne.

Lésions neurologiques

Ces lésions peuvent survenir après un accident brutal avec forte accélération comme une chute ou être la conséquence de microtraumatismes chez le travailleur manuel ou le sportif. Ce sont principalement les lésions du nerf de Charles Bell ou du sus-scapulaire [5].

Atteinte du nerf de Charles Bell

Elle peut être aiguë lors de traumatisme de l'épaule ou de la paroi thoracique suite à une chute ou en rapport avec certains sports comme le basket ou la lutte. Elle peut aussi être microtraumatique et notamment lors des mouvements du service chez le joueur de tennis.

À l'examen, il y a une faiblesse du grand dentelé avec un déficit de l'abduction et l'élévation au-delà de 90° et un décollement de la scapula. On l'observe en demandant au patient de s'appuyer contre un mur.

Le traitement associe le repos à la kinésithérapie.

Atteinte du nerf sus-scapulaire

Elle peut être aiguë et très rare. Il faut y penser en cas de fracture de la scapula ou de luxation de l'épaule, dans les traumatismes de l'épaule. Elle est aussi microtraumatique chez les volleyeurs, les lanceurs de javelot ou les joueurs de tennis, notamment lors du service.

À l'examen, il y a une douleur de la face postéro-latérale avec une accentuation en adduction horizontale croisée du bras. Il y a aussi un déficit de la rotation externe et/ou de l'abduction retrouvé au testing musculaire (sous-épineux et sus-épineux). Il y a aussi une douleur à la pression de l'échancrure coracoïdienne ou le bord externe de l'épine de la scapula.

L'*EMG* permet d'objectiver cette lésion, l'arthroscanner l'intégrité de la coiffe des rotateurs. L'IRM peut montrer un kyste sur le trajet du nerf sus-scapulaire.

Le traitement associe repos, infiltration, ponction d'un kyste et la kinésithérapie. La chirurgie ne sera envisagée que si l'évolution n'est pas satisfaisante.

Coude

Les motifs de consultation pour une atteinte du coude sont la douleur et la réduction des mobilités passives et actives. La douleur oriente le diagnostic. Ces lésions sont souvent induites par des efforts répétés dans les travaux manuels, le sport. Parfois, il s'agit d'effort violent provoquant des macrotraumatismes [6].

Examen clinique

Inspection

On recherche une déformation, un gonflement, une désaxation, des signes locaux inflammatoires.

Mobilités passives et actives

Il s'agit des mouvements de flexion-extension, de pronation-supination. L'examen des laxités de l'articulation explore les lésions ligamentaires.

Contractions isométriques

Elles concernent les articulations du coude mais aussi du poignet, de la main et des doigts. Elles permettent d'identifier le muscle et/ou le tendon pathologique.

Épicondylalgies

Les mobilités actives et passives sont normales. Les contractions isométriques sont douloureuses et il existe des points

Tableau 26.4 **Pathologies de l'épaule : de l'examen au traitement.**

Pathologie		Examen clinique	Examens complémentaires	Traitement
Tendinite de la coiffe		**Douleur** : ± **Inspection** : normale ou signes inflammatoires locaux **Mobilités passives** : conservées **Mobilités actives** : conservées ou limitées par la douleur **Testing musculaire** : atteinte en fonction du tendon atteint	Radiographie ± échographie ou IRM	AINS antalgiques Kinésithérapie Infiltration
Rupture de la coiffe		**Douleur** entre 60 et 120° **Inspection** : normale ou visualisation du muscle rétracté **Mobilités passives** : conservées **Mobilités actives** : conservées **Testing musculaire** : atteinte en fonction du tendon atteint	Radiographie Arthroscanner	AINS Physiothérapie Rééducation Infiltration ± Chirurgie
Luxation		**Douleur** intense **Inspection** : perte du galbe **Impotence fonctionnelle**	Radiographie	Réduction aux urgences ou au bloc opératoire Coude au corps 10 jours
Instabilité		**Pas de douleur** **Inspection** : normale **Mobilités passives** : conservées **Mobilités actives** : conservées **Test de l'appréhension** bras armé positif	Radiographie	Chirurgie
Lésions neurologiques	Charles Bel	**Douleur** : sourde **Inspection** : décollement de la scapula reproduit en appuyant contre un mur	EMG	Repos Kinésithérapie
	Sus-scapulaire	**Douleur** : face postérolatérale avec accentuation en adduction horizontale, à la pression de l'échancrure coracoïdienne ou du bord externe de l'épine de la scapula **Testing musculaire** : déficit sous-épineux (rotation externe) et/ou déficit sus-épineux (abduction)	EMG ± Arthroscanner ± IRM	Repos Kinésithérapie Infiltration Ponction de kyste ± : chirurgie

douloureux en fonction du tendon atteint. Les principales sont les épicondylites latérales et médiales (épitrochléite).

Les examens complémentaires sont en premier lieu la radiographie pour rechercher des enthésopathies ou des microcalcifications. L'échographie explore les tendons mais aussi les ligaments pouvant être aussi atteints. L'IRM n'est utile que si une atteinte ostéochondrale est suspectée.

Le traitement associe repos, contention, antalgiques, AINS et kinésithérapie. L'infiltration peut être proposée mais l'effet est de courte durée. L'évolution est longue. Il est indispensable de modifier le poste de travail et de moduler les entraînements sportifs.

Épicondylite latérale

Le tendon le plus touché est celui du court extenseur du carpe, parfois associé à l'extenseur commun des doigts. Le point douloureux est l'épicondyle latéral. La douleur est reproduite lors de la contraction isométrique de la flexion dorsale du poignet avec le coude en pronation, à l'extension des 3e et 4e doigts ou la supination.

Épicondylite médiale ou épitrochléite

Les tendons les plus touchés sont le fléchisseur radial du carpe et le rond pronateur. La douleur est reproduite lors des efforts de serrage en pronation de l'extension passive du poignet et des contractions contrariées dans la flexion du poignet, de la pronation de l'avant-bras et de la flexion du 2e doigt. Il y a un point douloureux au niveau de l'épicondyle médial.

Rupture tendineuse

Le motif de consultation est principalement la baisse de la force motrice. Il n'y a pas forcément de douleur. Les contractions isométriques sont diminuées. Si la rupture est complète, on peut retrouver une masse musculaire ramassée.

Le traitement est chirurgical la plupart du temps.

Entorses du coude

Elles peuvent être provoquées par une chute ou lors d'un mouvement de torsion.

À l'examen, il y a une douleur et un œdème en regard du ligament atteint. Il peut aussi y avoir un hématome et/ou une impotence fonctionnelle.

La radiographie recherche des calcifications intraligamentaires ou un arrachement osseux et, en réalisant des clichés dynamiques, un bâillement. L'échographie et l'IRM permettent de retrouver les lésions ligamentaires.

Le traitement associe repos, antalgiques, AINS, contention et kinésithérapie.

Compression du nerf ulnaire (cubital)

Le nerf ulnaire peut être comprimé au niveau de l'épicondyle médial. Son instabilité peut provoquer de l'inflammation. Les symptômes sont une atteinte sensitivomotrice des deux derniers doigts de la main et une gêne fonctionnelle de la main et du coude. L'échographie montre un rétrécissement du nerf dans le tunnel ; l'EMG objectivera l'atteinte du nerf ulnaire. Le traitement est le plus souvent chirurgical.

Luxation et instabilité du coude

Elle survient plus volontiers chez l'adulte jeune, après un traumatisme violent.

À l'examen clinique, il y a une perte des repères anatomiques, une douleur intense avec une impotence fonctionnelle totale. Il faut rechercher une atteinte vasculo-nerveuse. La réduction se fera sous anesthésie ou sédation.

Après une luxation, il peut rester une instabilité avec une sensation de ressaut, une gêne fonctionnelle. Le traitement repose sur les AINS et la kinésithérapie.

Fractures du coude

Ce sont les fractures dans un contexte accidentel de la palette humérale, de l'olécrane ou de la tête radiale. Il y a aussi la fracture de fatigue de l'olécrane qui fait suite à des mouvements répétés et intenses dans les efforts de lancer.

À l'examen clinique, il faut rechercher des points douloureux, l'alignement des trois points osseux en extension ou en triangle isocèle en flexion du coude, les éventuelles complications vasculo-nerveuses.

L'examen complémentaire de référence est la radiographie mais l'échographie et l'IRM peuvent être utiles à un stade précoce.

La réduction de la fracture est parfois associée à une ostéosynthèse. Elle est réalisée en milieu hospitalier.

Poignet

Examen clinique

Le poignet dans son ensemble est examiné ainsi que le coude, l'épaule et le rachis cervical dans l'hypothèse d'une douleur projetée. L'examen du poignet est comparatif. À l'inspection, on regarde s'il y a une déformation, un œdème, un hématome. La palpation permet d'avoir une orientation avec des douleurs précises des différents os du poignet, des tendons, des ligaments. L'examen des mobilités sera comparatif et on recherche des douleurs contre résistance des différents tendons du poignet. Il recherche aussi une instabilité ligamentaire.

Tendinites du poignet

La tendinite de De Quervain est la plus courante des tendinites du poignet. C'est une ténosynovite des long abducteur et court extenseur du pouce. La douleur se situe sur la styloïde radiale avec un empâtement. La douleur est réveillée par l'inclinaison cubitale de la main. Elle est aussi reproduite lors des contractions isométriques.

Les autres ténosynovites concernent les extenseurs des doigts, le long extenseur du pouce, l'extenseur ulnaire du

Tableau 26.5 **Pathologies du coude : de l'examen au traitement.**

Pathologie	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitement
Épicondylalgie	**Douleur** : ± **Inspection** : normale ou signes inflammatoires locaux **Mobilités passives** : conservées **Mobilités actives** : conservées ou limitées par la douleur **Contractions isométriques** : douloureuses	Radiographie ± IRM	AINS antalgiques Kinésithérapie Infiltration Adaptation poste Adaptation entraînement
Rupture tendineuse	**Douleur** : pas nécessairement **Inspection** : normale ou visualisation du muscle rétracté **Mobilités passives** : conservées **Mobilités actives** : diminuées **Contractions isométriques** : diminuées	Radiographie ± IRM	Chirurgie
Entorse LCM ou LCL	**Douleur** intense **Inspection** : œdème, hématome **Impotence fonctionnelle**	Radiographie Échographie/IRM	AINS Repos Contention Kinésithérapie
Instabilité	**Pas de douleur** **Sensation de ressaut** **Gêne fonctionnelle**		AINS Kinésithérapie
Compression nerf ulnaire	**Gêne fonctionnelle** de la main et du coude **Atteinte sensitivomotrice** des deux derniers doigts de la main	EMG Échographie	Chirurgie
Fracture du coude	**Perte des repères osseux** **Complications vasculo-nerveuses**	Radiographie Échographie, IRM	Chirurgie

carpe, le fléchisseur radial du carpe et le fléchisseur des doigts.

Le traitement repose sur les AINS, le repos, la contention avec une orthèse. Une infiltration est parfois envisagée. En l'absence d'amélioration, l'issue est chirurgicale.

Syndrome du canal carpien

La cause la plus courante est microtraumatique mais ce n'est pas la seule. Il survient autour de 50 ans, plus souvent chez les femmes. Les premiers signes sont des paresthésies et une sensation d'engourdissement de la main, principalement nocturne, obligeant le patient à se lever et à secouer sa main. L'évolution se fait vers une anesthésie dans le territoire du médian voire une parésie de l'opposition du pouce. À l'examen les tests de Tinel ou de Phalen reproduisent ces paresthésies. L'examen recherche des signes d'amyotrophie.

L'examen complémentaire est l'EMG, qui objective la compression et sa sévérité.

Le traitement médical comporte une contention par une orthèse puis peut associer une infiltration. L'efficacité de l'infiltration peut être temporaire. Le traitement est alors chirurgical.

Syndrome du marteau thénar ou hypothénar

Syndrome rare touchant essentiellement les travailleurs manuels utilisant des outils vibrants comme un marteau-piqueur. Ces vibrations provoquent des microtraumatismes responsables de lésions artérielles. Les signes cliniques sont des signes ischémiques des loges thénar et hypothénar et peuvent être associés à des signes neurologiques. L'écho-doppler permet de visualiser la lésion mais l'angio-IRM est nécessaire en cas de geste chirurgical. Le traitement est initialement médical, associant contrôle des facteurs favorisants et antiagrégants plaquettaires ; il doit parfois être chirurgical.

Fractures

Fracture de Pouteau-Colles

Elle survient le plus souvent chez la personne âgée et aussi chez un patient jeune. C'est une fracture de l'extrémité inférieure du radius souvent associée à une lésion de l'ulna voire des os du carpe. Sa prise en charge est chirurgicale.

Fracture du scaphoïde

C'est la plus courante des fractures des os du carpe. À l'examen, on retrouve une douleur au niveau de la tabatière et lors des mouvements de piston sur le pouce. La radiographie réalisée ne visualise pas toujours la fracture et un contrôle radiologique à 10 jours permet de repérer des lésions passées inaperçues. Il est parfois nécessaire de réaliser un scanner voire une IRM, plus sensible et plus spécifique. Le traitement est orthopédique par immobilisation entre 6 et 12 semaines, voire chirurgical en cas de fracture déplacée.

Tous les autres os du carpe peuvent être touchés ; une IRM est parfois nécessaire.

Entorses du poignet

Les entorses ont lieu dans un contexte traumatique. À l'examen, on la retrouve en réalisant les manœuvres de décoaptation ou de tiroir. La radiographie peut montrer des signes d'instabilité statique ou dynamique. Il est nécessaire de réévaluer la situation après une semaine d'immobilisation pour ne pas méconnaître une entorse grave. Il est parfois nécessaire de recourir à l'arthroscanner voir à l'arthroscopie. Ces entorses peuvent aussi être associées à des fractures [7].

Luxation péri-lunaire du carpe

Elle survient chez un patient jeune lors d'un traumatisme violent. À la radiographie, il existe des signes de luxation antérieure ou rétro-lunaire. C'est une urgence chirurgicale pour éviter les complications vasculaires. Il peut y avoir des lésions du scaphoïde associées.

Hanche

Près d'un quart des sportifs ressentent une douleur de leur hanche sans traumatisme évident. La douleur est la principale plainte de la hanche, parfois une perte d'amplitude.

Examen clinique

L'examen se fait debout et en décubitus. L'examen recherche une boiterie, une attitude vicieuse de la hanche, une éventuelle amyotrophie. On recherche des limitations des mobilités passives. Les rotations peuvent être explorées avec le membre inférieur tendu ou avec la hanche et le genou fléchis à 90°. On étudie aussi les mobilités actives avec l'élévation du membre inférieur tendu ou la déflexion freinée, une faiblesse des adducteurs. On recherche aussi une douleur à la pression de l'ischion, du trochanter et du pubis. On peut réaliser le test de Fabre (distance genou-table) [8].

Lésions musculaires

Les lésions musculaires peuvent apparaître brutalement pendant l'activité sportive ou progressivement pendant, après ou à distance de cette activité.

La classification en cinq stades établie par Rodineau et Durey est régulièrement utilisée. Les stades correspondent aux lésions histologiques (tableau 26.7).

À l'examen clinique, on recherche une anomalie des reliefs musculaires qui oriente vers une lésion grave ; la palpation oriente sur la localisation de la lésion mais pas sa gravité ; les tests d'étirement et isométriques informent sur la gravité de la lésion.

Les examens complémentaires lorsqu'ils sont nécessaires sont l'échographie voire l'IRM pour visualiser une lésion profonde et si un traitement chirurgical est envisagé.

Le traitement est fonction du stade (tableau 26.8).

Tendinites

La plus courante est la tendinite du petit et moyen fessier. Tous les autres tendons de la hanche peuvent être concernés comme les adducteurs ou les ischiojambiers. Elle apparaît

Tableau 26.6 **Coude et main : de l'examen au traitement.**

Pathologie	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitement
Tendinite de De Quervain	**Douleur** : styloïde radiale **Inspection** : empâtement **Mobilités passives** : douleur en inclinaison ulnaire de la main et à la mobilisation du pouce **Mobilités actives** : manœuvres de Finckelstein et Brunelli **Contractions isométriques** : douloureuses	Échographie ± scanner	AINS antalgiques Kinésithérapie Contention Orthèse ± Chirurgie
Syndrome du canal carpien	**Paresthésies** du territoire du médian **Inspection** : amyotrophie **Tests** Tinel et Phalen	EMG	Orthèse Infiltration Chirurgie
Entorse du poignet	**Instabilité** **Manœuvres de décoaptation ou de tiroir**	Radiographie ± dynamique	AINS Repos Contention Kinésithérapie
Syndrome du marteau thénar ou hypothénar	**Lésions artérielles ischémiques** **Signes neurologiques** parfois	Écho-doppler Angio-IRM	Antiagrégants plaquettaires ± Chirurgie
Fractures de Pouteau-Colles	**À évoquer** lors d'une chute de sa hauteur Douleur du poignet	Radiographie	Chirurgie
Fracture du scaphoïde	**Douleur** : tabatière anatomique, au mouvement de piston	Radiographie IRM	Immobilisation ± Chirurgie
Luxation péri-lunaire	**Douleur du poignet** **Tiroir**		Urgence chirurgicale

Tableau 26.7 **Classification de Rodineau et Durey.**

Stade 0	Atteinte réversible des fibres musculaire avec un tissu conjonctif intact
Stade 1	Contracture : atteinte irréversible de quelques fibres musculaires
Stade 2	Élongation : atteinte irréversible de quelques fibres musculaires associée à une atteinte modérée du tissu de soutien
Stade 3	Claquage : lésion irréversible de nombreuses fibres musculaires avec atteinte importante du tissu conjonctif et présence d'un hématome intramusculaire localisé
Stade 4	Rupture ou désinsertion musculaire totale avec une récupération longue et variable selon le muscle lésé

Tableau 26.8 **Traitement en fonction du stade.**

Stade 0	Récupération rapide en quelques heures
Stade 1	Arrêt de sport, massage et chaleur ; reprise du sport dès que les douleurs ont disparu
Stade 2	Arrêt du sport, kinésithérapie avec étirement et renforcement musculaire progressif statique puis dynamique et reprise de l'activité physique dès que l'examen est normal
Stade 3	Le traitement se fait en plusieurs étapes avec une période antalgique avec mise en décharge, cryothérapie et bandage compressif, puis de la kinésithérapie progressive d'étirement puis de renforcement musculaire ; la reprise du sport peut être envisagée après 6 à 12 semaines selon l'évolution
Stade 4	Le traitement est le même que le stade 3 mais parfois il peut être chirurgical selon le muscle lésé, comme une rupture haute des ischiojambiers

chez le cinquantenaire sédentaire et plus précocement chez le sujet jeune sportif (course à pied, football, tennis). À l'examen, il y a une douleur à la palpation des facettes du grand trochanter et lors de la manœuvre de dérotation contrariée lorsque la hanche est en rotation interne et fléchie. L'appui monopodal peut reproduire la douleur.

La radiographie recherche des calcifications ou une enthésopathie associée. L'échographie et l'IRM sont les examens de choix pour visualiser les tendons éventuellement rompus et une éventuelle bursite associée.

Le traitement repose sur le repos, les AINS, parfois les infiltrations (corticoïdes, plasma riche en plaquettes [9]) et la rééducation.

Fracture de fatigue

Les fractures de fatigue fémorale et acétabulaire concernent 10 % des coureurs et majoritairement les femmes dans un contexte d'entraînement intensif.

Cliniquement, il existe une douleur inguinale ou de la face antérieure de la cuisse accentuée par l'appui monopodal.

L'IRM montre non seulement la fracture mais aussi l'hématome ou l'œdème. La radiographie peut être normale.

Le traitement repose sur le repos pendant 6 semaines. La chirurgie est parfois nécessaire. Les facteurs prédisposants sont à corriger : perte de poids, chaussures adaptées avec semelles, traitement d'une éventuelle ostéopénie. L'acide alendronique a une balance bénéfices-risques favorable dans la prévention des récidives des fractures si le traitement reste inférieur à 5 ans. Chez certaines femmes ménopausées, le raloxifène peut aussi être proposé. La supplémentation vitaminocalcique a montré une diminution du risque fracturaire chez les personnes institutionnalisées ou ne sortant pas.

Syndromes canalaires

Le plus courant est la compression du nerf fémoro-cutané provoquant une douleur de la face latérale de la cuisse.

À l'examen, la pression en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure accentue les paresthésies. Le syndrome du piriforme, notamment chez les coureurs à pied, est une compression du nerf sciatique dans la traversée pelvi-fémorale avec une douleur profonde de la fesse. Les nerfs obturateurs et fémoraux peuvent aussi subir une compression. Un test de bloc à la lidocaïne peut être réalisé.

L'examen à réaliser est l'EMG et éventuellement l'échographie ou l'IRM.

Le traitement associe le repos, la kinésithérapie, l'éviction de la cause favorisante (port de charges lourdes, activité sportive, ceintures serrées, obésité) et une infiltration échoguidée. Parfois, une neurolyse chirurgicale est indiquée.

Hanche à ressaut

Il s'agit du glissement du tendon de part et d'autre d'une structure osseuse. Le patient, souvent sportif, ressent un craquement à la mobilisation de la hanche. Le ressaut latéral est objectivé par les mouvements d'adduction, extension de la hanche et du membre inférieur. Le ressaut antérieur est reproduit par une extension active après une flexion, abduction et rotation externe de la hanche.

L'échographie dynamique permet de visualiser ces ressauts. L'IRM est parfois réalisée en cas de suspicion de rupture tendineuse.

Le traitement associe repos, AINS, rééducation et, si c'est insuffisant, une infiltration de corticoïdes.

Conflit fémoro-acétabulaire

Il est courant chez les sportifs avec des mouvements de changement de direction rapide, d'hyperflexion de la hanche ou de grande amplitude. Il survient dans un contexte de microtraumatisme sur des particularités anatomiques. La plainte est la douleur et la réduction d'amplitude (rotations, flexion) induisant des baisses de performance parfois associées à des sensations de craquement. La position assise hyperfléchie prolongée accentue la douleur. Elle est soulagée par le repos.

À l'examen, les tests de Fabre ou de Fadir sont positifs quand ils reproduisent la douleur ou la sensation d'instabilité.

La radiographie et l'IRM confirment le diagnostic et objectivent la morphologie de l'articulation.

Le traitement repose sur la rééducation avec une reprise progressive des activités sportives. La chirurgie est parfois nécessaire pour corriger l'anomalie morphologique responsable.

Lésion du ligament rond

Elle survient chez les pratiquants de sports de grande amplitude. La rupture traumatique du ligament rond survient le plus souvent lors de la luxation de hanche ou d'une rotation externe violente. Il peut aussi être distendu, provoquant des douleurs. La plainte est la douleur chronique avec parfois des craquements et une sensation d'instabilité. À l'examen, le LT-test permet de reproduire la douleur.

La prise en charge est orthopédique avec l'arthroscopie comme examen principal. L'IRM est discutée et l'arthroscanner est moins précis et irradiant.

Genou

Examen clinique du genou

La plainte exprimée est une instabilité, un blocage ou une douleur. À l'inspection, on observe s'il y a une amyotrophie, une position en flessum, récurvatum, valgum ou varum, et la position de la tubérosité tibiale antérieur. On évalue les mobilités passives et actives de manière comparatives. À la palpation, on recherche un point douloureux, un épanchement articulaire, une tuméfaction. On réalise ensuite des manœuvres spécifiques :

- rotuliennes : le palpé rotulien, le signe de Smilie provoquant une sensation d'instabilité rotulienne, un signe du rabot, un craquement fémoro-patellaire à l'extension active de genou ou à l'accroupissement ;
- méniscales : le signe de Oudart ou « cri méniscal », le *grinding test*, le test de McMurray, le signe de Cabot ;
- ligamentaires : recherche de laxité latérale, test de Lachman, tiroir antérieur et tiroir postérieur, tests de ressaut.

La hanche et le rachis sont examinés devant la possibilité de douleur projetée [10].

Imagerie du genou

Radiographies

Les clichés de face, profil et le défilé-fémoro-patellaire dit en « schuss » permettent de visualiser des fractures, des arrachements osseux ou une luxation.

Scanner

Le scanner tridimensionnel explore une instabilité du genou. L'arthroscanner permet le suivi post-chirurgical d'une lésion méniscale.

IRM

L'IRM explore les ménisques, les lésions capsulo-ligamentaires ou repère des arrachements osseux.

Échographie-doppler

Elle explore les épanchements articulaires, les lésions tendineuses et éventuellement les kystes. On réalise un doppler en cas de luxation pour vérifier l'intégrité artérielle.

Artériographie

Elle explore les lésions vasculaires après une luxation.

Fractures

Les fractures surviennent souvent dans un contexte traumatique et certaines peuvent passer inaperçues initialement. Les lésions capsulo-ligamentaires peuvent être associées à des fractures de Segond, des fractures-arrachements.

Lésions méniscales

Elles apparaissent après un traumatisme brutal et aussi après des microtraumatismes en cas de surcharge physiologique

Tableau 26.9 **Hanche : de l'examen au traitement.**

Pathologie	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitement
Tendinites – Petit et moyen fessiers – Adducteurs – Ischiojambiers – Iliopsoas	**Douleur** : à la pression des insertions **Inspection** : empâtement **Mobilités passives** : douleur du tendon à l'étirement **Mobilités actives** : normales **Contractions isométriques** : douloureuses	Échographie IRM	AINS antalgiques Repos Kinésithérapie Infiltration
Fracture de fatigue	**Douleur** : douleur inguinale ou face antérieure de la cuisse accentuée par appui monopodal	IRM Radiographie	Repos 6 semaines ± Chirurgie Correction des facteurs prédisposants
Compression du nerf fémoro-cutané	**Douleur** : face latérale de la cuisse **Paresthésies** : augmentées par la pression de l'épine iliaque antéro-supérieure	EMG ± Échographie, IRM	Repos Kinésithérapie Éviction du facteur favorisant Infiltration écho-guidée ± Neurolyse chirurgicale
Hanche à ressaut	**Ressaut latéral** en adduction extension du membre inférieur **Ressaut antérieur** en extension active après une flexion-abduction et rotation externe de la hanche	Échographie dynamique IRM	Repos AINS Rééducation Infiltration de corticoïdes
Conflit fémoro-acétabulaire	**Douleur** accentuée par la position assise hyperfléchie **Réduction d'amplitude** (rotation et flexion) **Sensation de craquement** **Test de Fabre et de Fadir** positifs	Radiographie IRM	Rééducation Reprise progressive des activités physiques Chirurgie
Lésion du ligament rond	**Douleur** chronique **Craquements** **Sensation d'instabilité** **LT-test** : reproduction de la douleur	IRM ou arthroscanner Arthroscopie	Arthroscopie
Luxation de hanche	**Contexte d'accident à haute énergie**		Prise en charge par les services d'urgence

du genou. Le traumatisme en flexion-rotation externe est la première cause de lésion du ménisque interne. La rupture en « anse de seau » survient quand le patient se relève de la position accroupie. Il existe d'autres lésions. La plainte associe blocages, sensation de dérobement et un épanchement. *À l'examen*, on retrouve la douleur à la palpation et lors des tests méniscaux.

L'IRM et l'arthroscanner permettent de visualiser les lésions méniscales ainsi que les lésions capsulo-ligamentaires associées. Une réalisation à distance du traumatisme est préférable, du fait de la gêne causée par l'œdème et/ou l'hématome.

Un traitement conservateur avec abstention chirurgicale ou réparation méniscale doit être systématiquement envisagé. En fonction du profil du patient, certaines lésions, notamment lorsque la gêne clinique reste importante, relèvent de la chirurgie orthopédique par arthroscopie.

Entorses et ruptures ligamentaires

Les entorses concernent principalement le ligament collatéral médial (LCM), le ligament collatéral latéral (LCL), le ligament croisé antérieur (LCA) et le ligament croisé postérieur (LCP). Pour explorer les ligaments, il faut rechercher une laxité. Une laxité à arrêt mou doit faire suspecter une rupture ligamentaire (tableau 26.10).

La radiographie est indiquée pour éliminer arrachements osseux, fractures intra-articulaires ou de Segond.

Tableau 26.10 **Gravité et typologie des entorses du genou.**

Entorse de grade 1	Pas de laxité
Entorse de grade 2	Laxité à arrêt ferme
Entorse de grade 3	Laxité à arrêt mou
LCM	Laxité en valgus à 30°
LCL	Laxité en varus à 30°
LCA	Tiroir antérieur (Lachman) et ressaut antéro-latéral
LCP	Tiroir postérieur à 90° et recul tibial à 90°
LCA et LCM	Tiroir antérieur à 0° et 90°, laxité 0° et 30° en valgus

L'IRM détecte des lésions ligamentaires, notamment des déchirures. Elle est indiquée en cas d'entorse d'évolution défavorable, en cas de suspicion de rupture ou lorsqu'un geste chirurgical est envisagé. Elle peut être différée pour ne pas être altérée par l'œdème ou l'hématome.

Le traitement de l'entorse des ligaments latéraux de grade 1 repose sur l'immobilisation pendant 10 jours, de grade 2

et 3 associe immobilisation par orthèse articulée, physiothérapie et kinésithérapie. Un avis orthopédique est indiqué en cas de suspicion de rupture ou d'évolution défavorable.

Le traitement du LCA peut être conservateur mais il persiste souvent une instabilité qui justifie un avis orthopédique avec, éventuellement, un geste chirurgical qui sera réalisé à distance sauf en cas de lésion méniscale associée.

Le traitement du LCP est le plus souvent conservateur. Le geste chirurgical n'est indiqué qu'en cas de déchirure de la capsule postérieure avec un résultat incertain.

Tendinopathies

Tendinite du quadriceps

Elle est courante chez le sportif (course, saut). La douleur est reproduite à la pression du bord supérieur et/ou inférieur de la patella. Elle est réveillée par l'extension contrariée de la jambe.

Syndrome de la bandelette ilio-tibiale

Le frottement de la bandelette ilio-tibiale sur le condyle externe du genou provoque une douleur de la face externe du genou. La douleur survient pendant l'effort et en particulier lors de la course à pied. Elle est ressentie à un moment précis de l'extension de la jambe. Ce syndrome est aussi appelé syndrome de l'essuie-glace. L'imagerie est, en général, inutile.

Tendinite de la patte d'oie

Elle provoque une douleur au niveau de l'insertion basse des muscles ischio-jambiers, au niveau de la face antéro-interne du genou, dite « en écharpe ».

Traitement

Le traitement repose sur les AINS, le repos et, éventuellement, les infiltrations de corticoïdes associés à la rééducation et la physiothérapie. La chirurgie est parfois envisagée en l'absence d'amélioration mais sa pertinence est discutée.

Luxations

Luxation fémoro-tibiale

Elle est le plus souvent traitée en service d'urgence. Elle survient après un accident à haute énergie (parachutisme, accident de la voie publique). À l'examen, il y a une déformation et une impotence fonctionnelle. La radiographie visualise cette luxation avec perte des repères anatomiques. L'intégrité de l'artère poplitée est vérifiée par doppler et artériographie. Une IRM est réalisée pour le bilan des atteintes capsulo-ligamentaires parfois associée à une angio-IRM.

Luxation fémoro-patellaire

C'est lors de l'entretien que le patient décrit une subjugation ou une luxation réduite. À l'examen, on retrouve le plus souvent un gros genou. La radiographie permet de la suspecter devant une anomalie morphologique. L'IRM confirme le diagnostic et visualise les lésions associées des ligaments du genou, des cartilages ou des condyles. La prise en charge est orthopédique.

Tableau 26.11 **Pathologies traumatiques du genou : de l'examen au traitement.**

Pathologie	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitement
Lésions méniscales	Sensations de **blocage, de dérobement** **Douleur** à la palpation **Tests méniscaux** douloureux **Inspection** : normale ou signes inflammatoires locaux	IRM Arthroscanner À distance du traumatisme	Traitement conservateur Arthroscopie Chirurgie
Entorses et ruptures	**Laxité** selon le grade LCM : laxité en valgus à 30° LCL : laxité en varus à 30° LCA : tiroir antérieur et ressaut antéro-latéral LCP : tiroir postérieur à 90° et recul tibial à 90° LCA et LCM : tiroir antérieur à 0° et 90°, laxité 0° et 30° en valgus	Radiographie (arrachement osseux) IRM	**Ligaments latéraux** Orthèse, kinésithérapie ± Avis orthopédique **LCA-LCP** Traitement conservateur ± Chirurgie
Tendinopathie Quadriceps Bandelette ilio-tibiale Patte d'oie	**Douleur aux points d'insertion** Bord inférieur de la patella Condyle externe du genou	Le plus souvent inutile	AINS Repos Infiltration de corticoïdes Kinésithérapie Chirurgie exceptionnelle
Luxation fémoro-patellaire	**Subluxation ou luxation réduite** **Gros genou**	Radiographie : anomalie morphologique IRM	Orthopédie
Luxation fémoro-tibiale	**Déformation** **Impotence fonctionnelle**	Artériographie, doppler (artère poplitée) IRM Angio-IRM	Chirurgie en urgence
Fractures	**À suspecter** en cas de contexte traumatique sans lésion initiale évidente	Radiographie	Orthopédie

Cheville et pied

Examen clinique

L'examen de la cheville et du pied se fait en décubitus et aussi debout et à la marche. On observe les différents temps de la marche [11].

On inspecte les pieds de manière comparative : amyotrophie, déformation, état trophique de la cheville, des pieds et des orteils. On inspecte aussi les chaussures et leur usure.

En décubitus, on recherche le point douloureux en palpant les reliefs osseux, les trajets tendineux, ligamentaires et nerveux. En décubitus ventral, on peut réaliser le test de Thompson en appuyant sur le corps musculaire du triceps sural. Le test est positif quand il ne provoque aucune flexion.

On teste les mobilités actives et passives, la force musculaire des différents muscles du pied et de la cheville. On recherche une douleur en mobilité passive appuyée ou lors de contractions isométriques.

Fractures et fractures de fatigue

Les critères d'Ottawa permettent de suspecter une fracture de la cheville hormis le calcanéum. Ils justifient de la prescription d'une radiographie (tableau 26.12).

Les fractures de la cheville et du pied peuvent être malléolaires, ostéochondrales, du pilon tibial, du talus, du calcanéus, du médio-pied, des métatarsiens et des phalanges ou des sésamoïdes. L'imagerie de ces fractures est essentiellement la radiographie de face, de profil et les deux incidences de trois quarts. Leur prise en charge est orthopédique.

Les fractures de fatigue ou de contrainte intéressent les sportifs, les patients avec une densité osseuse déficitaire, un état nutritionnel altéré, un chaussage défectueux. Le diagnostic est moins aisé ; il est évoqué devant une douleur qui perdure. L'examen de référence est l'IRM. La prise en charge est orthopédique.

Entorses

Quatre-vingts pour cent des entorses de la cheville concernent le ligament collatéral latéral (LCL). Les entorses du ligament collatéral médial (LCM) et de la syndesmose tibio-fibulaire distale (STFD) sont plus rares. Le traumatisme est en inversion pour l'entorse du LCL, en éversion ou en valgus forcé pour les LCM et STFD [12]. Il existe trois stades pour l'entorse de cheville (tableau 26.13).

La présence d'un hématome et/ou celle d'un tiroir antérieur orientent vers une rupture ligamentaire. L'examen clinique doit permettre d'écarter une fracture osseuse ou ostéochondrale, un arrachement osseux.

Tableau 26.12 **Critères d'Ottawa.**

Impossibilité de réaliser quatre pas
Douleur de 6 cm distaux de la malléole interne
Douleur de 6 cm distaux de la malléole externe
Base du 5e métatarsien
Douleur du médio-pied

Tableau 26.13 **Stades d'entorse de cheville.**

Stade 1	Douleur à la palpation du ligament talo-filubaire antérieur (LFTA), œdème antérolatéral et hématome
	Il n'y a pas de laxité ou très peu, l'appui et la marche sont possibles, la mobilité est normale
	Les activités sportives pourront être reprises après 10 à 15 jours
Stade 2	Il y a une ecchymose, un œdème et la douleur concerne toute la zone antéro-latérale de la cheville
	La mobilité est réduite, il n'y a pas ou peu de laxité
	L'appui est impossible
	Il y a une rupture du LFTA et élongation ou une rupture partielle du ligament calcanéo-fibulaire (LCF)
Stade 3	À l'examen, il y a une ecchymose, un œdème, une douleur de toute la partie antéro-latérale de la cheville, une laxité
	Il y a une rupture totale du LFTA, du LCF et de la capsule parfois associée à une rupture du ligament talo-fibulaire postérieur

La radiographie de cheville n'est pas indiquée sauf lors d'une suspicion de fracture.

Le traitement est essentiellement médical : dans les premiers temps, le protocole RICE (Repos, Ice, Contention, Élévation) puis la rééducation précoce et enfin la reprise progressive des activités sportives avec le maintien de la contention au début. La contention se fait préférentiellement avec une attelle semi-rigide. La rééducation est surtout proprioceptive pour éviter l'installation d'une instabilité.

Instabilité de la cheville

La plainte du patient est une instabilité de sa cheville. Il existe des instabilités sans laxité à l'examen clinique comme lors de lésions ostéochondrales, de corps étranger, d'instabilité des fibulaires [12]…

Elle complique 10 à 30 % des entorses du LCL de cheville. L'instabilité chronique peut se révéler par des entorses récidivantes, des douleurs récurrentes de cheville, une sensation d'instabilité.

À l'examen clinique, on effectue les tests de tiroir antérieur et en varus forcé mais ils ne sont pas très spécifiques.

Les radiographies « dynamiques » reproduisent ces tests en varus forcé et de tiroir antérieur.

Le traitement est la rééducation proprioceptive et la physiothérapie. La chirurgie parfois proposée n'a pas montré une meilleure efficacité globale par rapport au traitement médical.

Tendinopathies

Tous les tendons peuvent être concernés mais le plus important est le tendon d'Achille.

Les lésions tendineuses peuvent être une tendinite, une enthésopathie ou une rupture. La douleur survient lors des efforts. Quand la douleur est progressive, il s'agit d'une tendinite ou une enthésopathie. En cas de douleur brutale, on s'oriente plus vers une rupture même partielle.

Tendon d'Achille

À l'examen, la douleur est reproduite à la pression du tiers médian du tendon en cas de tendinite ou de rupture et à l'insertion tendineuse en cas d'enthésopathie. En cas de rupture, on peut percevoir un écart et le signe de Thompson est positif en cas de rupture totale. On retrouve une douleur lors de la mise en tension du tendon et des contractions isométriques [13].

À un stade précoce, *l'imagerie* n'est pas indiquée. La radiographie est le plus souvent normale. L'échographie et l'IRM mettent en évidence des signes évocateurs mais peuvent être gênées par l'œdème et le saignement.

Le traitement associe le repos, l'adaptation des chaussures, les AINS et parfois des infiltrations corticoïdes. Le repos implique l'arrêt du mouvement responsable notamment le sport. L'adaptation des chaussures implique de choisir une chaussure adaptée à la morphologie des pieds, une semelle absorbante voire une orthèse plantaire qui corrige un défaut statique. Les infiltrations de corticoïdes sont essentiellement effectuées lorsqu'il y a une bursite associée. La chirurgie, rare, est envisagée en cas d'absence d'amélioration, selon le niveau sportif et le choix du patient.

Aponévrosite plantaire

Il s'agit d'une inflammation de l'aponévrose plantaire superficielle qui se manifeste par une douleur matinale ou après les efforts. La douleur est postéro-médiale.

La radiographie peut retrouver des anomalies morphologiques du pied (pied creux, pieds plats…) ou une épine calcanéenne. À l'échographie, on visualise une irrégularité de l'aponévrose avec parfois une rupture. *L'IRM* peut être réalisée pour voir une zone de nécrose.

Le traitement associe repos en décharge, orthèses plantaires pour corriger une anomalie morphologique, les AINS. Les infiltrations peuvent être envisagées avec un risque de rupture secondaire.

Atteintes ostéoarticulaires microtraumatiques du pied

Ces atteintes ostéoarticulaires peuvent entraîner des souffrances des articulations ou osseuses avec des déformations. Elles concernent les articulations tibio-tarsiennes, du tarse, tarsométatarsiennes, intermétatarsiennes ou les sésamoïdes. Elles sont dues à des mouvements en compression provoquant une ostéophytose et des douleurs.

Ces lésions sont visibles sur les radiographies avec des images ostéophytiques évocatrices comme un hallux rigidus, valgus, un syndrome tibio-tarsien antérieur ou postérieur…

Métatarsalgies

Névrome de Morton

Le névrome de Morton est une fibrose péri-neurale qui provoque une douleur de l'espace intermétatarsien, principalement le troisième. Il peut aussi être double. C'est un syndrome canalaire associé à des contraintes mécaniques répétées.

L'imagerie de référence est l'échographie. L'IRM peut être pratiquée, plus coûteuse et pas nécessairement plus performante [14].

Le traitement est médical si la découverte est récente. Il associe un chaussage adapté, des orthèses plantaires, une rééducation à type d'étirement et, éventuellement, une infiltration corticoïde. Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec après 6 mois d'évolution.

Bursites

Elles sont inter-capito-métatarsiennes ou sous-capito-métarsiennes. Ce sont des collections liquidiennes provoquant des douleurs du métatarse.

L'imagerie repose sur l'échographie et l'IRM qui font la différence entre ces bursites et un névrome de Morton.

La prise en charge médicale est identique à celle du névrome de Morton.

Tableau 26.14 **Pathologies traumatiques de la cheville et du pied : de l'examen au traitement.**

Pathologie	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitement
Entorses de cheville	**Stade 1** : œdème, hématome, pas de laxité, marche possible, mobilité normale **Stade 2** : ecchymose, œdème et douleur de toute la zone antéro-latérale, pas de laxité, appui impossible **Stade 3** : ecchymose, œdème de toute la zone antéro-latérale, laxité ± tiroir (rupture)	Radiographie (arrachement osseux) IRM rarement indiquée	Repos, glace Contention par attelle semi-rigide Élévation Rééducation précoce Reprise progressive des activités physiques avec maintien de la contention au début
Instabilité de la cheville	**Tests** : tiroir antérieur, varus forcé	Radiographies dynamiques	Rééducation proprioceptive et physiothérapie ± Chirurgie
Tendinopathie du tendon d'Achille	**Douleur** : tiers médian du tendon et insertion tendineuse **Rupture** : signe de Thompson et écart **Contractions isométriques** : douloureuses	Aucune le plus souvent Échographie et IRM parfois	AINS Repos Adaptation des chaussures ± Infiltrations corticoïdes Chirurgie rare

(Suite)

Tableau **26.14. Suite.**

Pathologie	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitement
Aponévrosite plantaire	**Douleur** postéro-médiale du pied **Douleur** matinale et/ou après les efforts	Radiographie ± IRM	Repos AINS Orthèses plantaires ± Infiltrations corticoïdes
Métatarsalgies Névrome de Morton Bursites	**Douleur** : espace intermétatarsien, le plus souvent le 3e **Douleur métatarse**	Échographie IRM	Chaussage adapté Orthèses plantaires Rééducation ± Infiltration corticoïde
Fractures de fatigue	**À évoquer en cas de douleur persistante inexpliquée**	IRM	Prise en charge orthopédique
Atteintes ostéoarticulaires microtraumatiques du pied	**Douleur** **Déformation**	Radiographie des ostéophytoses	Pise en charge orthopédique

Rachis

Les douleurs du rachis sont une cause courante de consultation. Les pathologies du rachis sont micro- ou macrotraumatiques. Les accidents de la voie publique et les accidents à forte accélération sont pourvoyeurs de lésions rachidiennes comme les fractures vertébrales, des luxations ou des lésions médullaires mais certaines peuvent passer inaperçues. Ces lésions graves relèvent de services spécialisés.

Lorsqu'il s'agit d'une douleur lombaire commune, les signes dits « drapeau rouge » sont recherchés : signes de compression médullaire, d'infection, de cancer ou de fracture vertébrale.

« Drapeaux rouges »

- Douleurs augmentant et présentes même la nuit.
- Prise prolongée ou en injection de drogues.
- Signes neurologiques étendus.
- Paresthésies du pubis.
- Perte de poids inexpliquée.
- Antécédent de cancer.
- Déformation importante de la structure du rachis.
- Âge < 20 ans ou > 56 ans.
- Altération de l'état général.
- Fièvre.
- Douleur thoracique.
- Traumatisme important.

Les facteurs psychosociaux, la peur, les représentations du patient sont des éléments à explorer pour évaluer le risque de chronicisation de la lombalgie [15].

Examen clinique du rachis

On examine le patient debout. On explore la posture, la statique rachidienne, la position des pieds ; on recherche une inégalité de longueur des membres. On observe la marche y compris sur les talons et les pointes. On explore la mobilité du rachis, avec notamment l'indice de Schöber, la distance doigt-sol. La palpation retrouve la vertèbre douloureuse, la contracture musculaire, les points « sonnette », les douleurs des apophyses, des enthèses. L'examen neurologique et le testing musculaire explorent les radiculalgies des quatre membres, recherchent un syndrome vertébral.

Examens complémentaires

Il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie en cas de lombalgie commune en l'absence de « drapeau rouge » [15].

Radiographies

Elles sont indiquées dans la recherche d'un trouble de la statique rachidienne ou d'une instabilité.

IRM

L'IRM est indiquée en cas de douleur chronique et conseillée lorsqu'un geste invasif est envisagé comme une infiltration.

Scanner

Le scanner est indiqué quand il existe des contre-indications à l'IRM.

Rachialgies et hernies discales

La rachialgie peut être aiguë après un effort plus important ou un traumatisme à haute énergie. L'exposition aux microtraumatismes, la dégénérescence induite ou un trouble de la statique rachidienne peuvent conduire à des rachialgies chroniques, parfois associées à des radiculalgies. Les hernies discales peuvent survenir dans un contexte macrotraumatique après le port d'une charge lourde, un accident à haute énergie, ou microtraumatique avec des contraintes répétées comme chez le travailleur manuel, le coureur à pied. Il est important de rechercher les signes dits « drapeau rouge » à l'examen.

L'imagerie n'est pas recommandée, en l'absence de signe « drapeau rouge », au stade initial. *L'IRM* est l'examen de premier choix en cas de lombalgie chronique de plus de 3 mois ou de radiculalgie. La radiographie peut montrer des signes de souffrance avec des images de tassement discal, d'instabilité. Elle est indiquée en cas de suspicion d'entorse cervicale à distance de l'accident.

Le traitement est essentiellement conservateur. Le traitement non médicamenteux repose sur l'activité physique, une reprise précoce des activités professionnelles

(éventuellement adaptées) et de la kinésithérapie. Le traitement médical associe les AINS et les antalgiques. Les antidépresseurs et les gabapentinoïdes peuvent être envisagés en cas de radiculalgie [15]. Lorsqu'il n'y a pas d'amélioration, une infiltration radioguidée peut être proposée. Le traitement chirurgical est envisagé quand il y a des signes moteurs (force motrice < 3/5) ou un déficit moteur progressif, quand il y a un syndrome de la queue de cheval ou en cas de douleur insoutenable malgré le traitement médical optimal [16].

Entorse cervicale

L'entorse cervicale survient au décours d'un accident de la voie publique ou lors d'un arrêt brusque pendant une activité sportive. Grave, elle est le plus souvent prise en charge par un service d'urgences ; bénigne, elle peut être négligée.

Une douleur du rachis cervical avec contractures après un accident ou des céphalées et des cervicalgies qui durent dans le temps font suspecter une entorse cervicale bénigne.

À l'examen, on recherche un point douloureux sur une épineuse, les massifs articulaires parfois même des douleurs antérieures. On examine doucement la mobilité rachidienne et on réalise un examen neurologique à la recherche d'une radiculalgie associée.

La radiographie avec clichés dynamiques est réalisée à distance de l'accident pour ne pas être perturbée par les contractures musculaires. Elles peuvent montrer une cyphose autour de C5.

Le traitement associe antalgiques, rééducation, physiothérapie et, éventuellement, une prise en charge psychologique [17].

Particularités de l'enfant et l'adolescent

Ostéochondroses

Les ostéochondroses sont les pathologies microtraumatiques les plus prévalentes de l'enfant ou de l'adolescent. Les ostéochondroses se développent aux dépens des noyaux d'ossification secondaires. Elles regroupent des pathologies telles que les apophysites ou les ostéochondrites disséquantes.

Lors de l'examen clinique, la palpation des os et articulations et l'exploration des mobilités permettent d'exprimer cette douleur. L'examen orthopédique de l'enfant ou de l'adolescent est guidé par la douleur lorsqu'elle est exprimée, ou complet [18].

La douleur des ostéochondroses évolue en quatre stades :

- Stade 1 : La douleur ne survient qu'après l'effort.
- Stade 2 : La douleur survient pendant l'effort sans perte de performance.
- Stade 3 : La douleur survient pendant l'effort.
- Stade 4 : La douleur est chronique et permanente.

Apophysites

Les apophysites concernent les adolescents en particulier lors du pic de croissance. Elles concernent essentiellement les jeunes sportifs avec parfois des prédispositions anatomiques. Les apophysites les plus courantes sont la maladie de Osgood-Schlatter au niveau de la tubérosité tibiale antérieure ou la maladie de Sever au niveau de l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéus, mais il en existe d'autres. À l'examen clinique, la douleur est réveillée par la pression du point d'ossification concerné.

Les radiographies et l'IRM, habituellement inutiles au diagnostic, sont prescrites lorsque le traitement usuel ne suffit pas ou pour écarter un diagnostic différentiel tel qu'une fracture ou une tumeur.

La radiographie montre l'évolution de la maladie en quatre stades :

Stade 1 : Radiographie strictement normale.
Stade 2 : Déformation mineure.
Stade 3 : Proéminence.
Stade 4 : Fragmentation.

Elle permet aussi d'écarter un arrachement de l'extrémité de la tête tibiale.

Le premier traitement est l'arrêt des activités sportives. La durée de cet arrêt dépend de la sévérité de la maladie lors de sa découverte et aussi de la compliance au repos. La physiothérapie avec des étirements permet de réduire les tractions de muscles trop courts de la cuisse. L'immobilisation par des orthèses amovibles ou plus exceptionnellement par un plâtre peut être indiquée chez un adolescent réfractaire à cet arrêt de sport ou lors d'épisodes très douloureux.

Les orthèses plantaires sur mesure pour amortir chocs peuvent être proposées ; leur indication est discutée. L'adaptation des chaussures de sport est conseillée.

Sur le plan médicamenteux, un traitement avec du paracétamol peut s'avérer utile.

Dans des cas extrêmes, une chirurgie peut être indiquée. Une douleur inhabituelle ou sa persistance incitent à consulter un chirurgien orthopédique. La guérison sans séquelle à la fin de la croissance est la règle. En cas de chirurgie, la reprise des activités sportive a lieu 4 à 6 mois plus tard.

Ostéochondrites disséquantes

L'ostéochondrite disséquante est une ostéochondrose dite épiphysaire. Elle concerne essentiellement des garçons entre 10 et 13 ans. Il existe une prédisposition morphologie dans 3 cas sur 4. Les plus courantes sont les ostéochondrites disséquantes du genou, du coude et du talus.

À l'examen, il y a une douleur associée à une sensation de corps étranger intra-articulaire qui bloque l'articulation.

La radiographie évolue selon quatre stades :

- Stade I : Image d'un espace bien délimité avec des bords denses.
- Stade II : Fragment osseux clairement discernable dans l'espace ; le bord du cartilage est inchangé.
- Stade III : Le cartilage est fissuré ; le fragment séquestré reste attaché dans le renfoncement.
- Stade IV : Le fragment séquestré flotte librement dans l'articulation.

La *prise en charge* est orthopédique.

Pronation douloureuse

La pronation douloureuse, ou subluxation de la tête radiale, survient chez les enfants de 1 à 5 ans souvent quand l'enfant a été tiré par la main et typiquement quand les parents font sauter l'enfant en le tenant par les mains. L'enfant n'est pas tombé.

À l'examen, le bras tombe en pronation, il y a une impotence fonctionnelle. La palpation des repères anatomiques est indolore. La réduction peut se faire au cabinet médical. Une main tient le coude avec le pouce sur la tête radiale, l'autre tourne la main de l'enfant en supination paume vers le haut et fléchit le coude en gardant la main en dehors de l'épaule.

Références

[1] Hurstel A, Matarese O, Paulaud-Bayard R. Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients. Médecine humaine et pathologie. [En ligne] [Thèse d'exercice]. Université Grenoble-Alpes ; 2013. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01092793.

[2] Herquelot E, Guéguen A, Roquelaure Y, et al. Work-related risk factors for incidence of lateral epicondylitis in a large working population. Scand J Work Environ Health 2013 ;39(6):578–88.

[3] Haute Autorité de santé. Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2006. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[4] Saragaglia PD. Les ruptures de la coiffe des rotateurs. [En ligne]. Corpus médical de la faculté de médecine de Grenoble ; 2003. Disponible sur : https://fr.scribd.com/.

[5] Wang F-C, Crielaard J-M. Neuropathies canalaires et micro-traumatiques liés à la pratique sportive. Rev Med Liège 2001 ;56(5):382–90.

[6] Peyre M, Rodineau J, Besch S, Judet T. Le coude microtraumatique. J Traumatol Sport 2018 ;35(4):256–64.

[7] Favarger N. L'« entorse » du poignet : examen clinique et algorithme de traitement. Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 2002 ;50(1):21–31.

[8] Cohen M, Vuillemin V, Jacob D. Hanche abarticulaire de l'adulte jeune. J Radiol 2011 ;92(6):515–23.

[9] Jaadouni S, Bouvard M, Lippa A, Bonnefoy O. Apport des plasmas enrichis en plaquettes dans le traitement des lésions musculaires traumatiques – Étude pilote à propos de 50 cas. J Traumatol Sport 2014 ;31(1):3–11.

[10] Legré-Boyer V, Boyer T. Examen clinique d'un genou douloureux. RevRhum Monogr 2016 ;83(3):133–7.

[11] Biga N. Examen clinique du pied et du coup de pied. Collecte des données et construction d'enchaînements étiopathogéniques. Rev Chir Orthop Traumatol 2009 ;95(4, Suppl):47–54.

[12] Bauer T. Les entorses de la cheville et leurs séquelles. RevRhum Monogr 2014 ;81(3):162–7.

[13] Vesperini V. Les tendinopathies de la cheville et du pied. RevRhum Monogr 2014 ;81(3):153–61.

[14] Guerini H, Morvan G, Mathieu P, et al. Métatarsalgies et imagerie : algorithme diagnostique. RevRhum Monogr 2014 ;81(3):138–46.

[15] Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Saint-Denis: HAS ; 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[16] Netgen. Hernie discale lombaire – Diagnostic et prise en charge. Rev Med Suisse 2014 ;454.

[17] Rolland E, Saillant G. Les entorses du rachis cervical. Science & Sports 1999 ;14(1):24–7.

[18] Launay F. Sports-related overuse injuries in children. Orthop Traumatol Surg Res 2015 ;101(1, Suppl):S139–47.

Chapitre 27

Le patient présentant des problèmes infectieux courants

Pauline Jeanmougin

PLAN DU CHAPITRE

Raisonnement clinique et thérapeutique en infectiologie 259
Bon usage des antibiotiques 262

Les maladies infectieuses ont une place à part en médecine générale et sont des pathologies de fréquence et de gravité variables, touchant tous les âges de la vie. Leur diagnostic et leur traitement sont souvent complexes. L'arsenal de tests diagnostiques est pauvre en soins primaires. Il existe peu de traitements antiviraux et ils sont souvent inutiles. Les antibiotiques sont prescrits parfois à tort, et leur efficacité même est menacée du fait de l'antibiorésistance. La pandémie mondiale liée à la COVID-19 a poussé les soignants à s'adapter en urgence, à revenir au bon sens clinique, en l'absence de données scientifiques solides, notamment au début de cette pandémie. Les maladies infectieuses représentent un monde en perpétuel mouvement auquel le praticien est obligé de s'adapter.

L'objectif de ce chapitre est de donner des outils pour la gestion des pathologies infectieuses courantes en soins primaires, tant sur le plan du raisonnement clinique que de la prescription médicamenteuse. À l'heure où les recommandations thérapeutiques changent régulièrement, il n'est pas pertinent de donner ici des stratégies de traitement, facilement disponibles et actualisées sur plusieurs outils numériques (cf. infra). Ce chapitre est conçu comme une aide à la décision et une base de réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans la gestion des infections courantes.

Raisonnement clinique et thérapeutique en infectiologie

Devant un tableau infectieux en soins primaires, le raisonnement clinique et thérapeutique optimal est de permettre rapidement l'élaboration d'un diagnostic, d'éliminer les urgences thérapeutiques ou les complications, de proposer une conduite à tenir et un traitement adaptés, tout en éduquant le patient ou sa famille sur l'infection et sa surveillance.

Raisonnement clinique

La priorité est d'éliminer une urgence médicale (figure 27.1).

La deuxième priorité est de connaître la conduite à tenir en cas d'urgence médicale au cabinet (tableau 27.1).

Une fois les urgences éliminées, la majorité des infections courantes rencontrées au cabinet sont d'origine virale ou bactérienne. Une des principales difficultés en médecine générale est la rareté des tests diagnostiques, que ce soit pour certifier le diagnostic ou pour l'orientation étiologique (virus versus bactérie). Le raisonnement se fait sur les symptômes (délai d'apparition, types de symptômes), leur évolution, le profil du malade et la prévalence des infections en soins premiers.

Raisonnement thérapeutique (tableaux 27.2 à 27.4)

De nombreuses pathologies infectieuses ne nécessitent pas de traitement, en dehors d'un traitement symptomatique : pathologies virales bénignes, certaines pathologies bactériennes peu sévères (par exemple, otite moyenne aiguë peu bruyante chez un patient de plus de 2 ans).

Il est parfois difficile pour le praticien de prescrire uniquement du paracétamol, la culture de l'ordonnance en fin de consultation étant très ancrée.

En pensant les maladies infectieuses par type d'agent pathogène, le médecin généraliste prend conscience qu'une infime partie de ces maladies est accessible à un traitement courant.

- Les médicaments antiviraux sont rares et peu utilisés en pratique courante de médecine générale. Ces traitements concernent les herpèsvirus (HSV), les virus de la varicelle et du zona (VZV), le VIH, les hépatites, le cytomégalovirus. Le médecin généraliste manie plus fréquemment les antiviraux anti-HSV et anti-VZV que les autres. Un risque de résistance aux antiviraux existe, notamment en cas de traitements répétés ou prolongés, d'inobservance

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

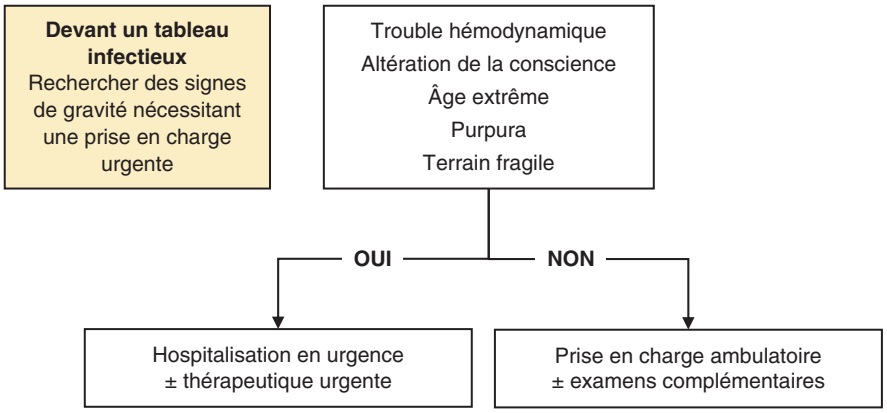


Fig. 27.1 Raisonnement clinique initial.

Tableau 27.1 **Principales situations d'urgence en infectiologie en médecine générale : orientation diagnostique et conduite à tenir [1–4].**

Pathologie	Symptômes évocateurs	Conduite à tenir
Purpura fulminans	Fièvre Purpura avec au moins 1 élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre ≥ 3 mm ± Conscience altérée	Isolement du malade (masque) Injection de l'ATB avant l'appel au 15 : ceftriaxone IM 1 g chez l'adulte et 50 mg/kg chez l'enfant Prophylaxie pour les cas contacts (y compris le médecin !) si suspicion de méningocoque
Cellulite/Fasciite (dermohypodermite nécrosante)	Fièvre, sepsis Placard inflammatoire avec nécrose cutanée ± Crépitations	SAMU pour admission immédiate en réanimation
Paludisme grave	Fièvre au retour de voyage Altération de la conscience Trouble hémodynamique Hémorragie	SAMU pour admission immédiate en réanimation
COVID-19	Hypoxémie avec saturation en O_2 < 95 % Trouble hémodynamique Altération de la conscience	SAMU pour admission immédiate en réanimation L'aggravation respiratoire peut être très brutale et non ressentie
Fièvre et grossesse	Recherche d'autres signes cliniques d'orientation diagnostique	Bilan en fonction de la clinique : ECBU, hémocultures en milieu hospitalier (à la recherche de listériose), prélèvement vaginal, sérologie toxoplasmose…
Neutropénie fébrile	PNN < 500/mm^3 Fièvre ≥ 38,3 °C une fois ou ≥ 38 °C deux fois à une heure d'intervalle	En l'absence de signe de gravité (neutropénie ≤ 7 j, absence de comorbidités ou d'IR ou d'insuffisance hépatique) : prise en charge ambulatoire possible S'assurer que le patient est stable pendant 4 heures de surveillance Le traitement ne doit pas être retardé par les examens complémentaires : amoxicilline + acide clavulanique (1 g 3 fois par jour) + ciprofloxacine (750 mg 2 fois par jour), à réévaluer à J2-J3

ou de sous-dosage, ou en cas de forte réplication virale (pour le VIH notamment) [1, 2].

- Les médicaments antifongiques utilisés en médecine générale sont le plus souvent des traitements locaux : crème, pommade, poudre, ovule, gel… Il est rare, dans la pratique, d'utiliser des antifongiques par voie systémique, ceux-ci étant réservés à des infections sévères dans le cadre d'immunodépression [1].
- Les médicaments antiparasitaires sont d'usage plus rare en médecine générale et utilisés pour des pathologies d'importation (paludisme, parasitoses digestives) ou des infections peu graves (pédiculose, gale, oxyurose, vaginose) [1].
- Les médicaments antiseptiques sont d'usage local et utilisés sur peau ou muqueuse saines ou lésées. Dans le cas d'une désinfection de peau saine, l'application de l'antiseptique est large et celui-ci sèche spontanément. Dans le cas d'une antisepsie de plaie, la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) fait la promotion d'une procédure en quatre temps [3] : détersion à l'eau et au savon, rinçage (eau stérile ou sérum physiologique), séchage avec une compresse, application large d'un antiseptique. Il est à noter que les antiseptiques :
  - ne doivent pas être mélangés sur la peau s'ils ne sont pas de la même famille ;

Tableau 27.2 **Raisonnement clinique et thérapeutique sur les principaux tableaux infectieux en médecine générale [1, 2, 4, 10] : infections ORL.**

Rhinopharyngite	Toujours virale La rhinorrhée « purulente » n'est pas synonyme d'infection bactérienne, elle est provoquée par la desquamation des cellules de la muqueuse nasale	Aucune indication aux ATB (jamais !) Évolution longue possible (2-3 semaines) Plusieurs épisodes/an habituels
Otite moyenne aiguë	Virale ou bactérienne Diagnostic difficile à l'otoscope : tympan bombé, inflammatoire, pus rétrotympanique	Possibilité d'abstention antibiotique si > 2 ans et peu de symptômes Diminution de la fréquence des complications depuis la vaccination antipneumococcique
Sinusite	En grande majorité virale, surinfection bactérienne minoritaire, absence de tests diagnostiques disponibles en médecine générale Les douleurs sinusiennes maxillaires sont fréquentes au début d'une rhinopharyngite	Sinusites maxillaires : traitement symptomatique seul de 1re intention licite, avec réévaluation à 48-72 heures Autres localisations : traitement ATB d'emblée
Angine	Virale ou bactérienne, l'aspect clinique n'aidant pas au diagnostic Seule infection ORL bénéficiant d'un test diagnostique rapide et facile (TROD)	ATB si le TROD est positif ou douteux Le risque de glomérulonéphrite aiguë ou de rhumatisme articulaire aigu est devenu exceptionnel
Grippe	Virale uniquement Test diagnostique possible mais pas en pratique courante de médecine générale Symptômes cliniques peu discriminants, c'est la connaissance de la prévalence épidémique qui optimise le diagnostic	Pas d'ATB en prévention d'éventuelles complications, c'est la réévaluation clinique si l'évolution est mauvaise qui prévaut

  - doivent être conservés à l'abri de la chaleur et de la lumière ;
  - ont une date de péremption à respecter, leur conservation, une fois ouverts, se situe entre 7 jours et 1 mois en fonction de la formule.
- Enfin, les traitements antibactériens antibiotiques (ATB) qui ont révolutionné la médecine au xxe siècle sont aujourd'hui menacés devant l'ampleur de la résistance bactérienne.

Tableau 27.3 **Raisonnement clinique et thérapeutique sur les principaux tableaux infectieux en médecine générale [1, 2, 4, 10] : infections urinaires.**

Bactériurie asymptomatique	Colonisation urinaire : bactériurie à l'ECBU sans aucune manifestation clinique	Seules deux situations nécessitent un ATB après ECBU : grossesse > 4e mois et procédure urologique invasive Aucun traitement pour les autres situations
Cystite	Infection bactérienne de la vessie, simple ou à risque de complication en fonction de facteurs de risque (FDR) La bandelette urinaire est + si elle détecte des leucocytes et/ou des nitrites Les nitrites sont + si c'est une entérobactérie avec une bactériurie élevée (négatifs donc si la bactériurie est faible à moyenne, ou si c'est une autre bactérie en cause)	Si cystite simple : traitement probabiliste, ECBU non nécessaire Si cystite à risque de complications : traitement différé si possible, adapté à l'antibiogramme après ECBU (car risque élevé de résistance dans cette population) ; pas d'ECBU de contrôle. Les FQ n'ont plus leur place dans le traitement des cystites (risque de résistances)
Pyélonéphrite	Différencier aussi les formes simples ou à risque de complications en fonction de FDR Identifier les critères de gravité L'imagerie n'est pas nécessaire pour une 1re pyélonéphrite simple L'ECBU est indispensable au vu des résistances fréquentes Un ECBU de contrôle n'est pas utile si la guérison clinique est obtenue.	Interroger sur la prise de FQ dans les 6 mois antérieurs, ce qui les contre-indique et fait prescrire de la ceftriaxone injectable L'ofloxacine n'est plus recommandée en traitement probabiliste car la résistance est > 10 %
Infection urinaire masculine	Ce terme regroupe les infections urinaires basses et hautes de l'homme Identifier les signes de gravité qui nécessitent une hospitalisation L'ECBU est indispensable	L'antibiothérapie est différée à la réception de l'antibiogramme si le patient est pauci-symptomatique Si fièvre ou mauvaise tolérance, le traitement probabiliste est prescrit d'emblée Tous les ATB n'ont pas une bonne diffusion prostatique, bien suivre les recommandations

FQ : fluoroquinolones.

Tableau 27.4 **Raisonnement clinique et thérapeutique sur les principaux tableaux infectieux en médecine générale [1, 2, 4, 10] : infections respiratoires basses.**

Bronchite	Infection quasi toujours virale avec contexte épidémique Toux sèche au début, souvent précédée de signes ORL, expectorations purulentes possibles sans lien avec une infection bactérienne Fièvre possible sur 2 à 3 jours.	Évolution longue (2-3 semaines) Éviter les antitussifs, pas de niveau de preuve de la corticothérapie orale, ni des ATB
Bronchiolite	Contexte épidémique, infection uniquement virale, peut toucher 30 % des enfants de moins de 2 ans chaque année La prise en charge dépend de la présence de signes de gravité	Pas d'ATB dans la grande majorité des cas Pas de place pour les antitussifs ou la corticothérapie Désobstruction nasopharyngée au 1er plan Bronchodilatateurs de courte durée d'action au cas par cas Kinésithérapie respiratoire peu utile chez le nourrisson sans comorbidité
Pneumopathie	Infection bactérienne le plus souvent, l'identification du germe n'est pas possible en médecine générale la plupart du temps : le raisonnement tient sur l'histoire de la maladie, son début brutal ou non, les symptômes associés, le terrain Le diagnostic et le traitement sont possibles sans imagerie même si la radiographie est l'examen de choix Relever les signes de gravité conduisant à une hospitalisation	Le traitement probabiliste est la règle en médecine générale, ciblé sur le germe suspecté, urgent en cas de pneumocoque Pas de FQ antipneumococcique si utilisation de FQ dans les 3 derniers mois La réévaluation à 48 heures est indispensable et doit être systématique pour juger de l'efficacité du traitement
Exacerbation de BPCO	Infection virale ou bactérienne en cause dans l'exacerbation suspectée si (trois signes cardinaux) : – augmentation de la purulence des expectorations – augmentation de la dyspnée – augmentation du volume de l'expectoration	ATB non systématique, à instaurer si : – présence des trois signes cardinaux – ou deux signes cardinaux si l'un d'eux est l'augmentation de la purulence des crachats
COVID-19	Virale, la surinfection bactérienne est rare Formes cliniques diverses : asymptomatique, pauci-symptomatique, signes ORL, respiratoires, digestifs… L'évaluation initiale repose sur la saturation en O_2 et la présence de facteurs de risque de formes graves	Risque d'aggravation respiratoire entre J6 et J12 de l'évolution de la maladie Surveillance de la saturation en O_2 chez les malades à risque de formes graves Hospitalisation si $SaO_2 < 95$ % (sans pathologie respiratoire préalable) Pas d'ATB, traitement symptomatique

FQ : fluoroquinolones.

Bon usage des antibiotiques

Le microbiote

Le système digestif est tapissé de milliards de bactéries commensales qui composent le microbiote intestinal. Ces bactéries vivent en symbiose avec l'hôte et ont plusieurs rôles (métabolisme, barrière contre les pathogènes, immunomodulation…). Il s'acquiert dès la naissance par le contact avec la flore vaginale lors d'un accouchement par voie basse ou la flore cutanée de la mère en peau à peau. Son dysfonctionnement peut entraîner des maladies inflammatoires et probablement favoriser le diabète ou l'obésité.

De nombreux facteurs influencent sa bonne santé : des facteurs génétiques, alimentaires, environnementaux, des médicaments dont les antibiotiques. Ces derniers diminuent le rôle de barrière contre des pathogènes et sélectionnent les bactéries résistantes au sein du microbiote et aussi celles en transit dans l'intestin issues de l'environnement. Les ATB favorisent l'échange de ces résistances entre les bactéries [2].

Le microbiote altéré met des semaines voire des mois à s'en remettre. Il apparaît alors primordial de conserver la bonne santé du microbiote en épargnant les ATB inutiles.

L'urgence du bon usage

La France est l'un des pays en Europe parmi les plus consommateurs d'ATB.

En 2019, on estimait que 93 % des ATB étaient délivrés en ville contre 7 % prescrits en établissements de santé. Parmi ces ATB prescrits en ville, 70 % le sont par les médecins généralistes [6].

La figure 27.2 montre que [5] :

- près de 44 % des antibiotiques sont prescrits pour des infections ORL, alors que la plupart de ces infections sont virales (rhinopharyngite ; certaines otites, sinusites ou angines) ;
- près de 23 % des prescriptions concernent des affections aiguës pulmonaires ou bronchiques, alors que la bronchite virale est bien plus fréquente que la pneumonie bactérienne ;
- près de 2 % de prescriptions déclarées sont pour le traitement de la grippe.

Les déterminants de prescription antibiotique

De nombreux déterminants influencent la prescription d'ATB, qu'elle soit appropriée ou non [9]. Certains sont liés

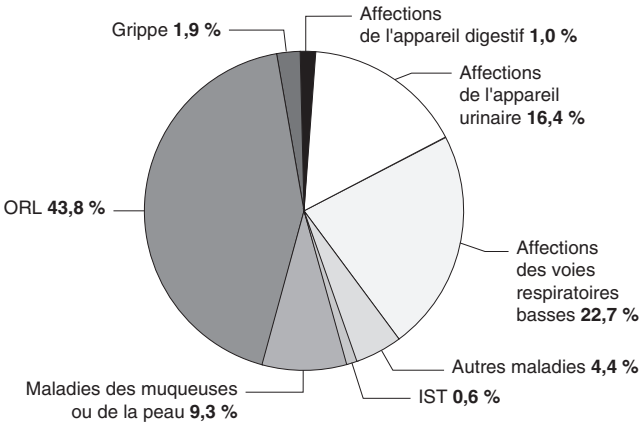


Fig. 27.2 Motifs en pourcentage de prescription des antibiotiques en ville. *(Source : ANSM décembre 2017 – Rapport « La consommation d'antibiotiques en France en 2016 ».)*

au patient, d'autres au médecin lui-même, ou encore à la relation que le patient et le médecin entretiennent.

Un travail qualitatif a été réalisé en 2017 en région Auvergne Rhône-Alpes auprès de médecins généralistes sur cette question [7] (tableau 27.5).

Ses résultats permettent de comprendre que la décision de prescrire des antibiotiques est influencée par bien d'autres facteurs que le diagnostic seul. Les identifier est un prérequis indispensable, pour se poser à chaque prescription une question nécessaire : suis-je certain(e) de devoir prescrire un ATB dans cette situation ?

Dans certains cas, la réponse est simple : le diagnostic bactérien l'impose. Pour d'autres situations, identifier la fatigue, l'inquiétude face à un malade ou une anxiété chez le patient permet d'éviter une antibiothérapie inappropriée.

Gérer l'incertitude

En médecine générale l'incertitude est quotidienne [8], en particulier lors de situations de maladies infectieuses : très peu d'outils permettent un diagnostic certain, rapide, ou garantissent une évolution favorable. Les ATB ne sont en aucun cas un remède à cette incertitude.

Voici une situation clinique pour illustrer cette problématique.

Situation clinique

Quelles solutions pour gérer l'incertitude [7–9] ?

Nina, bébé en parfaite santé de 7 mois, est amenée en consultation par sa mère un jeudi en fin d'après-midi pour une fièvre à 38,6 °C apparue la veille au soir. Seul enfant du couple, c'est la première fois qu'elle est malade et sa mère est paniquée car Nina est grognon et a mangé seulement trois repas sur quatre ce jour. Elle a toussé durant la nuit, a vomi partiellement le biberon du matin sur un effort de toux et présente une rhinite jaune.

Identifier les problèmes possibles	Les solutions
La maman est très inquiète et souhaite trouver une solution rapide, efficace et sûre pour chaque symptôme (fièvre, toux et rhinite) Elle a très peur d'une otite du fait d'antécédents personnels mal vécus Le risque de surmédication pour rassurer la mère est grand dans cette situation	Identifier dès le début de l'entretien qu'il y aura un décalage important entre le tableau bénin de Nina et le ressenti de la mère Cela permet d'adapter le discours tout au long de la consultation, et de préparer au fur et à mesure une probable non-prescription d'ATB

L'examen est rassurant : 37,6 °C sans antipyrétique, bébé tonique et souriant, rhinite jaune, tympans normaux, poumons clairs, le reste de l'examen est normal.

Le médecin généraliste envisage uniquement une désobstruction nasopharyngée fréquente pour ce patient.

Identifier les problèmes possibles	Les solutions
Le médecin généraliste craint : – que la mère n'accepte pas de n'avoir aucune ordonnance – qu'elle demande des antitussifs « au moins pour dormir la nuit ! » – de devoir justifier longuement l'absence d'ATB	*Connaître les attentes de la mère* : le médecin généraliste présuppose que celle-ci voudrait des ATB, ce n'est peut-être pas le cas *Pratiquer un examen minutieux et commenté* : expliquer ce qui est recherché (« je cherche une otite ou une pneumonie »), et le résultat de l'examen (« les tympans sont normaux, les poumons aussi ») *Expliquer le raisonnement pour renforcer la réassurance* : puisque l'examen approfondi est normal, il s'agit d'une rhinopharyngite virale, bénigne *Expliquer l'évolution naturelle de la maladie* : la toux et la rhinite peuvent durer, mais la fièvre n'excède pas 48 heures, les ATB n'agissent pas sur les virus *Convenir d'une réévaluation si besoin* : expliquer les symptômes qui nécessiteront une nouvelle consultation, « pour éliminer une otite » par exemple, ce qui permettra à la mère d'accepter l'incertitude

Raisonnement en matière d'antibiothérapie

Lorsqu'on prescrit un ATB, quatre principes sont à respecter :

- **Être certain de l'indication** : inutilité des ATB dans les infections virales notamment, ou en prévention de surinfections dans les infections ORL courantes (rares).
- **Choisir la bonne molécule** : une prescription adaptée prend en compte la diffusion tissulaire et les résistances naturelles ou acquises de l'ATB.
- **Prescrire à bonne dose** : une dose insuffisante expose à une inefficacité du traitement et à l'acquisition de résistance bactérienne ; une dose excessive expose à des effets indésirables.
- **Prescrire la juste durée** : une durée trop longue expose à l'acquisition de résistance bactérienne et à une inobservance. La tendance actuelle est au raccourcissement des durées de traitement dans les recommandations si les données sont suffisantes.

Tableau 27.5 **Les déterminants de la prescription antibiotique [7].**

Facteurs liés au patient				
Âge extrême	Comorbidités	Persistance de symptômes	Doute diagnostique	Intolérance à la maladie
Impératifs personnels	Patient anxieux	Expériences antérieures négatives	Lacune de connaissance	…
Facteurs liés au médecin				
Âge et formation	Expériences personnelles	Caractère chronophage de la non-prescription	Évolution sans traitement inconnue	
Salle d'attente pleine	État de fatigue	2e ou 3e consultation pour même motif	Pour éviter un conflit	

Certains ATB sont particulièrement générateurs d'antibiorésistance [6]

On les appelle « ATB critiques ». Il s'agit en ville essentiellement des fluoroquinolones, des céphalosporines orales de 3e et 4e génération et de l'amoxicilline-acide clavulanique. Ces molécules sont prescrites uniquement si nécessaire, en accord avec les recommandations en vigueur.

Identifier les bactéries multirésistantes (BMR)

Les BMR sont des bactéries qui conjuguent plusieurs mécanismes de résistance à plusieurs familles d'ATB, entraînant des difficultés voire des impasses thérapeutiques.

On identifie en soins primaires essentiellement [1] :

- le SARM : *Staphylocoque aureus* résistant à la méticilline (à toutes les bêtalactamines) ;
- les EBLSE : entérobactéries productrices de bêtalactamase à spectre élargi (résistance aux pénicillines et aux céphalosporines).

L'avis d'un infectiologue est souvent nécessaire dans ce cas pour prescrire un ATB efficace.

Ressources utiles

Antibiotiques, aide à la prescription, ressources

Antibioclic (https://antibioclic.com/)
Site Internet d'accès gratuit d'aide à la prescription antibiotique, il permet très rapidement l'accès aux recommandations thérapeutiques en vigueur. L'utilisateur choisit la pathologie rencontrée et peut renseigner s'il existe une insuffisance rénale, une grossesse ou un allaitement : le traitement est alors adapté à ces situations particulières. Indépendant de l'industrie, ce site est soutenu par le CNGE, le CMG et la SPILF.

Coronaclic (https://lecmg.fr/coronaclic/)
Site Internet créé par le CMG dès le début de la pandémie COVID, qui permet de regrouper toutes les recommandations et les ressources utiles au médecin généraliste.

Aide à la non-prescription : la CNAM a édité un document au format ordonnance pour les pathologies infectieuses ne nécessitant pas d'ATB, à remettre au patient. Disponible sur ameli.fr (figure 27.3).

Medqual (http://www.medqual.fr)
Centre de ressources en antibiologie des Pays-de-la-Loire, le site Internet propose des ressources et des fiches pratiques sur les maladies infectieuses, les pathologies au retour de voyage, des formations en ligne… Ce réseau assure également une veille épidémiologique sur différents germes en ville.

La SPILF (https://www.infectiologie.com)
La Société de pathologie infectieuse de langue française édite régulièrement des recommandations accessibles directement sur leur site Internet. À travers le CMIT (Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales), elle édite le E. PILLY, ouvrage de référence pour cette spécialité. Ce livre a été mis à jour en 2020.

Les CPIAS
Les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins existent dans chaque région et assurent des missions de formation et de prévention, de recueil de signalement, de surveillance épidémiologique pour la ville et les établissements de santé. Courant 2021, des centres régionaux en antibiothérapie (CRatb) vont être créés dans chaque région, comme structure d'appui au bon usage, au service des médecins de ville et des établissements de santé.

La ROSP
La rémunération sur objectifs de santé publique de l'Assurance Maladie intègre désormais des indicateurs sur la prescription antibiotique, en termes de quantités de molécules prescrites et de leur nature (ATB critiques). Il est fort intéressant de regarder ses propres résultats : suis-je en dessous ou au-dessus de mes pairs, au niveau régional et national ? Cette mesure objective permet de prendre conscience de son niveau de prescription.

Surveillance épidémique

Réseau Sentinelles
Réseau de recherche et de veille en soins de premiers recours en accès libre, il permet un suivi continu des épidémies telles que la grippe, la gastro-entérite, la varicelle dans toute la France.

Santé publique France et Géodes
Le site de Santé publique France rénové permet un accès des dossiers thématiques sur de nombreuses pathologies infectieuses en particulier (publications, points épidémiologiques, outils de prévention…).
Géodes est l'observatoire cartographique des indicateurs épidémiologiques produits par Santé publique France. Il regroupe de nombreux indicateurs, notamment infectieux (COVID-19, dépistage d'infections sexuellement transmissibles, couverture vaccinale…).

Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques.

DATE : ..... / ..... / .....

NOM DU PATIENT : .....

CACHET MÉDECIN

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.
Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérirez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
☐	**RHINOPHARYNGITE (RHUME)** • *Toujours virale.*	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
☐	**GRIPPE** • *Infection virale.*	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
☐	**ANGINE VIRALE** • *Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.*	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
☐	**BRONCHITE AIGUË** • *Quasiment toujours virale.* • *Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.*	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
☐	**OTITE AIGUË** • *Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.*	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconsulter votre médecin.

Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérirez pas plus vite.

32-2015

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

L'Assurance Maladie

plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016

Fig. 27.3 Informations remises par le médecin lorsque des antibiotiques ne sont pas prescrits. *(Document de la CNAM, disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4074/document/information-antibiotiques-non-presrits_assurance-maladie.pdf.)*

Références

[1] CMIT. E. Pilly. 27e edition. Paris: Alinéa Plus ; 2020.

[2] Bouvet E. Guide d'antibiothérapie pratique. Paris: Médecine-Sciences Flammarion ; 2010.

[3] Société Française d'Hygiène Hospitalière. Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte sain - Recommandations pour la pratique clinique. Hygiènes - Volume XXIV - N° 2 - Mai 2016. Dijon: SF2H.

[4] Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du Covid-19 – Prise en charge de premier recours des patients suspectés de COVID-19. [En ligne] Saint-Denis: HAS ; 2020. Disponible : https://www.has-sante.fr/.

[5] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rapport « La consommation d'antibiotiques en France en 2016 ». Saint-Denis ; ANSM ; 2017. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/.

[6] Santé publique France. Antibiotique et résistance bactérienne : une infection virale évitée, c'est un antibiotique préservé ! Saint-Maurice: SPF ; 2020. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/.

[7] Onteniente S, Fournet S. Déterminants de la prescription des ATB en MG : analyse quantitative dans la région du centre hospitalier Annecy Genevois. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Grenoble ; 2017.

[8] Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel Théorique de médecine générale – 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud: GMS ; 2018.

[9] Attali C, Amade Escot C, Ghadi V, et al. Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. Rev Prat Med Gen 2003 ;17:155–60.

[10] Partouche H, Buffel du Vaure C, Personne V, et al. Suspected community-acquired pneumonia in an ambulatory setting (CAPA): a French prospective observational cohort study in general practice. NPJ Prim Care Respir Med 2015 ;25:15010.

Chapitre 28

Le patient présentant des lésions du revêtement cutané et muqueux

Marc Bayen

PLAN DU CHAPITRE

Patient présentant des lésions du revêtement cutané 267
Dermatite atopique 267
Acné 269
Urticaire 269
Cancers cutanés 272
Psoriasis 275
Patient présentant des lésions des muqueuses . 277
Personne présentant une atteinte de la muqueuse buccale 277
Personne présentant une atteinte de la muqueuse génitale 277
Conlusion 278

En médecine générale, les consultations pour un problème cutané, d'après les dernières données disponibles de 2014 issues de l'étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale (ECOGEN), représentaient 5 % des motifs et résultats de consultation [1]. De nombreuses dermatoses sont découvertes lors de l'examen clinique sans que celles-ci ne soient un motif initial de consultation ou s'avèrent être une demande secondaire au cours des consultations.

Le médecin généraliste joue un rôle fondamental en termes de dépistage et de prévention des affections de la peau, notamment des cancers. La prise en charge d'une lésion de la peau est globale et ne se limite pas à la maladie.

Patient présentant des lésions du revêtement cutané

Dermatite atopique

Épidémiologie

La dermatite atopique, ou eczéma atopique, maladie inflammatoire chronique de la peau, débute généralement chez le nourrisson et persiste à l'âge adulte dans plus de 40 % des cas. La prévalence de la dermatite atopique est d'environ 4 % dans la population française adulte, autour de 10 % chez les enfants. La maladie démarre après l'âge de 20 ans chez 20 % des personnes touchées. Deux tiers des patients présentant une dermatite atopique ont un parent au premier degré atteint de dermatite atopique, d'asthme ou de rhinite allergique.

Diagnostic

La dermatite atopique se définit comme une dermatose prurigineuse, récidivante, prédominant dans les plis de flexion. Son diagnostic est clinique et répond aux critères de l'*United Kingdom Working Party* (tableau 28.1).

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour le diagnostic.

Chez le nourrisson et jeune enfant (jusqu'à 2 ans)

La dermatite atopique débute en général vers l'âge de 3 mois, parfois dès le premier mois. On retrouve :

- **un prurit**, souvent responsable de troubles du sommeil ;
- **une topographie des lésions** particulière avec une atteinte symétrique des convexités des membres, du visage, respectant la région médiofaciale et du tronc. L'atteinte des plis est parfois notée dès cet âge. Au niveau du cuir chevelu, il peut être retrouvé une « séborrhée », avec présence de squames jaunâtres, grasses ;
- **un aspect des lésions** variable selon la gravité de la dermatite atopique et le moment de l'examen (poussées ou rémission). Les lésions sont suintantes puis croûteuses et souvent impétiginisées. Au début, la xérose cutanée n'est pas toujours au premier plan mais devient constante au fil de l'évolution.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Tableau 28.1 **Critères de diagnostic de la dermatite atopique de l'*United Kingdom Working Party*.**

Critère obligatoire : dermatose prurigineuse **Associée à trois ou plus des critères suivants** :
1. Antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou) et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans. 2. Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans). 3. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année. 4. Eczéma des grands plis ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans. 5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement).

Chez l'enfant

À partir de 2 ans, les lésions cutanées se localisent davantage au niveau des plis (cou, coudes, genoux) ou sur des zones ciblées qui évoluent de façon chronique. La xérose est retrouvée plus constamment que chez le nourrisson ; elle s'améliore l'été et s'aggrave l'hiver.

Chez l'adolescent et l'adulte

Lors de l'adolescence, une recrudescence de la dermatite atopique peut apparaître notamment en période de stress. Si la dermatite atopique débute à l'âge adulte, des examens complémentaires pour éliminer une autre affection (gale, dermite de contact, dermatite herpétiforme ou pemphigoïde bulleuse, maladie de Hodgkin…) sont à envisager.

Stratégie thérapeutique

Le traitement de la dermatite atopique est symptomatique. Les objectifs sont de traiter les poussées et de prévenir les récurrences par une prise en charge au long cours [2].

Dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes sont la référence. Le choix du dermocorticoïde se fait en fonction de l'âge, du site, de la surface à traiter et de la sévérité de la dermatite atopique. Les crèmes sont préférées sur les lésions suintantes et les plis, les pommades sur les lésions sèches, lichénifiées, à raison d'une application par jour. Les dermocorticoïdes d'activité très forte (classe IV) sont contre-indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, sur le visage, les plis et le siège. Les dermocorticoïdes forts (classe III) sont à réserver en cures courtes aux formes très inflammatoires ou très lichénifiées des extrémités. Les dermocorticoïdes modérés (classe II) sont utilisés sur le visage, les plis et les zones génitales et chez le nourrisson. Les dermocorticoïdes faibles ont peu de place en thérapeutique [2].

Dans les formes légères à modérées de dermatite atopique, le traitement dermocorticoïde bien conduit est très efficace, avec résorption du prurit et amélioration des lésions en une semaine. Une consultation de suivi est nécessaire pour évaluer l'évolution sous traitement, l'observance du patient, et pour réadapter le traitement si besoin.

Émollients

Ils peuvent être utilisés à la phase aiguë et sur les zones de xérose, celle-ci diminuant la fonction de barrière protectrice de la peau. Leur tolérance est généralement bonne. En cas de gêne occasionnée, comme rougeurs, sensation de brûlures, il faut changer simplement d'émollient. En cas de réaction à plusieurs émollients, penser à évoquer une sensibilisation à la lanoline, un parfum… Il n'y a pas à ce jour de formulation émolliente plus efficace qu'une autre.

Autres traitements et mesures adjuvantes

Antihistaminiques

Les antihistaminiques peuvent être utilisés en cas de prurit important en cures courtes (grade A). Il n'y a pas de preuve de leur efficacité au long cours.

Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique améliore l'efficacité du traitement et s'adresse principalement aux formes modérées à sévères de dermatite atopique. Elle s'intègre aux pratiques professionnelles. La dermatite atopique étant une maladie chronique aux facteurs multiples, une approche pluridimensionnelle biopsychosociale est souhaitable.

La dermatite atopique altère la qualité de vie des patients et de leur entourage et l'éducation thérapeutique permet entre autres d'améliorer l'efficacité des traitements sur le sommeil et le prurit.

Mesures adjuvantes

Il est préférable :
- de donner des bains de courte durée ou des douches tièdes en utilisant des pains ou des gels sans savon (accord professionnel) ; l'ajout d'huile dans le bain n'a pas fait ses preuves ;
- de porter des vêtements non irritants (préférer le coton, la soie, les polyesters, éviter la laine) (grade B). Il n'y a pas de précaution à prendre concernant l'utilisation des lessives ou adoucissants (accord professionnel) ;
- d'identifier les patients ou les familles en souffrance psychologique pour leur proposer une prise en charge.

Il n'y a pas de preuve scientifique concernant :
- le bénéfice d'une cure thermale pour une dermatite atopique ;
- l'utilisation de l'homéopathie, de la phytothérapie ou de l'acupuncture chez l'enfant.

Il est déconseillé d'utiliser :
- les herbes chinoises en raison de risques iatrogènes ;
- les acides gras essentiels qui sont inefficaces (grade A).

Il est recommandé :
- de respecter le calendrier vaccinal et ne différer une vaccination qu'en cas de forte poussée (accord professionnel) ;
- d'allaiter le nouveau-né au lait maternel au moins 3 mois sans régime particulier pour la mère (grade A) ;
- de ne pas mettre en place de régime alimentaire sauf allergie dûment prouvée.

Acné

Épidémiologie

L'acné est une dermatose chronique très fréquente évoluant par poussées. Elle touche en premier lieu les adolescents et les jeunes adultes des deux sexes avec une prévalence en France proche de 80 %, et un pic entre 14 et 16 ans pour les filles, un peu plus tardif entre 16 à 17 ans pour les garçons.

L'acné peut concerner l'adulte, plus fréquemment les femmes de plus de 25 ans (12 %) que les hommes (3 %).

La prévalence de l'acné modérée à sévère est évaluée à environ 15 à 20 %.

Évaluation de la sévérité de l'acné

L'évaluation de la sévérité de l'acné se fait selon deux approches complémentaires et indissociables : l'évaluation de la gravité des lésions et la mesure de l'impact de celles-ci sur la qualité de vie :

- l'échelle *Global Acne Evaluation* (GEA) a été choisie par la Société française de dermatologie (SFD) pour décrire les différents stades de gravité à laquelle l'atteinte du tronc a été ajoutée, la GEA ne prenant en compte que l'atteinte du visage (cf. infra figure 28.2, première ligne de l'algorithme de prise en charge) ;
- l'échelle de qualité de vie, *Dermatology Life Quality Index* (DLQI ; figure 28.1) peut être utilisée pour apprécier le retentissement psychosocial et l'altération de la qualité de vie, qui ne sont pas forcément proportionnels à la gravité des lésions.

Stratégie thérapeutique

Le suivi est personnalisé et le traitement est adapté en fonction du retentissement sur la qualité de vie et des choix du patient. En cas d'acné sévère, il peut persister des lésions cicatricielles entraînant un possible aspect grêlé du visage. Avant d'instaurer le traitement, il peut être pertinent d'explorer les représentations du patient, ses attentes, ses préoccupations et ses préférences par rapport à l'acné et à son traitement. Lors de l'entretien, en cas d'identification de difficultés psychologiques, un outil d'évaluation tel que l'échelle de dépression pourra être utilisée.

L'algorithme des traitements possibles est défini par les recommandations de la HAS et de la SFD de 2015 (figures 28.2 et 28.3) [3].

Suivi du patient

Le suivi est mis en place en accord avec le patient ; une consultation mensuelle est souhaitable. Au cours de cette consultation une évaluation psychologique est recommandée. Elle est l'occasion d'évaluer l'observance du traitement, permet son adaptation et permet de répondre aux questions du patient. Il n'est pas nécessaire d'adapter l'alimentation dans la prise en charge de l'acné.

Urticaire

L'urticaire est une affection dermatologique très fréquente : 15 à 20 % de la population présentent une poussée aiguë au cours de la vie. L'urticaire se caractérise par l'apparition de papules migratrices, fugaces (d'une durée habituellement inférieure à 24 heures) et prurigineuses. Son diagnostic est clinique [4].

Classification

Selon la durée d'évolution, on distingue urticaire chronique et urticaire aiguë.

Urticaire chronique

L'évolution est continue, quotidienne ou quasi quotidienne, supérieure à 6 semaines et pouvant durer des années, en moyenne 3 à 5 ans. Elle peut avoir un retentissement psychologique socioprofessionnel important avec possible altération de la qualité de vie.

Elle fait éliminer, chez l'adulte, en premier lieu une cause médicamenteuse mais le plus souvent elle est idiopathique.

Étiologie

La cause la plus fréquente d'urticaire chronique est idiopathique

Pour autant, il convient d'éliminer les causes qui permettent une éviction. L'aspirine, les AINS, les morphiniques, la codéine sont les médicaments le plus souvent incriminés. Les IEC et les sartans sont plutôt responsables d'angio-œdèmes isolés.

Quelques formes d'urticaires chroniques

- **L'urticaire cholinergique** : présence d'un semis de papules de quelques millimètres de diamètre, en général chez l'adulte jeune. Il existe des facteurs déclenchants tels que : exercice physique, bain chaud, émotions vives…
- **L'urticaire au froid** : elle représente 3 % des urticaires chroniques, touche souvent les enfants et les adultes jeunes, deux fois plus souvent les femmes que les hommes. Elle évolue sur une durée moyenne de 4 à 5 ans. Elle représente un danger en cas de baignade ou en cas d'ingestion d'aliments froids ou de glace avec une réaction oropharyngée possible.
- **L'urticaire solaire** : elle représente 0,4 % des urticaires chroniques, touche principalement les adultes entre 30 et 40 ans. Le traitement repose essentiellement sur la photoprotection en raison de l'efficacité inconstante des antihistaminiques.
- **L'urticaire retardée à la pression** : réaction dans les 3 à 12 heures après la pression qui persiste plus de 24 heures Il peut y être associé un malaise général avec fièvre, arthralgies et myalgies. La topographie est en général évocatrice : on la retrouve sur les épaules, les fesses, les paumes mains et les plantes des pieds…
- Il existe d'autres formes d'urticaires chroniques rares tels que :
  - l'urticaire au chaud ;
  - l'urticaire aquagénique ;
  - l'urticaire vibratoire ;
  - l'urticaire adrénergique déclenchée par le stress, certains aliments (café, thé…), avec présence d'un halo de vasoconstriction autour des petites papules.
- À part, **le dermographisme** qui, même s'il y est souvent associé, diffère de l'urticaire. Il touche 2 à 5 % de la population, sans étiologie allergique retrouvée.

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e)**, **fait souffrir** ou **brûlé(e)** ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout

2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e)** ou **complexé(e)** par votre problème de peau ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout

3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour **faire des courses**, vous occuper de votre **maison** ou pour **jardiner** ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres** ou vos **loisirs** ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement** empêché de **travailler** ou **étudier** ?
   $_3$☐ Oui $_0$☐ Non $_0$☐ Non concerné(e)

   Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?
   $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?
   $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
    $_3$☐ Enormément $_2$☐ Beaucoup $_1$☐ Un peu $_0$☐ Pas du tout $_0$☐ Non concerné(e)

Score final DLQI : ..... *(0-30)*

Fig. 28.1 DLQI (*Dermatology Life Quality Index*). *(Source : Société française de dermatologie.)*

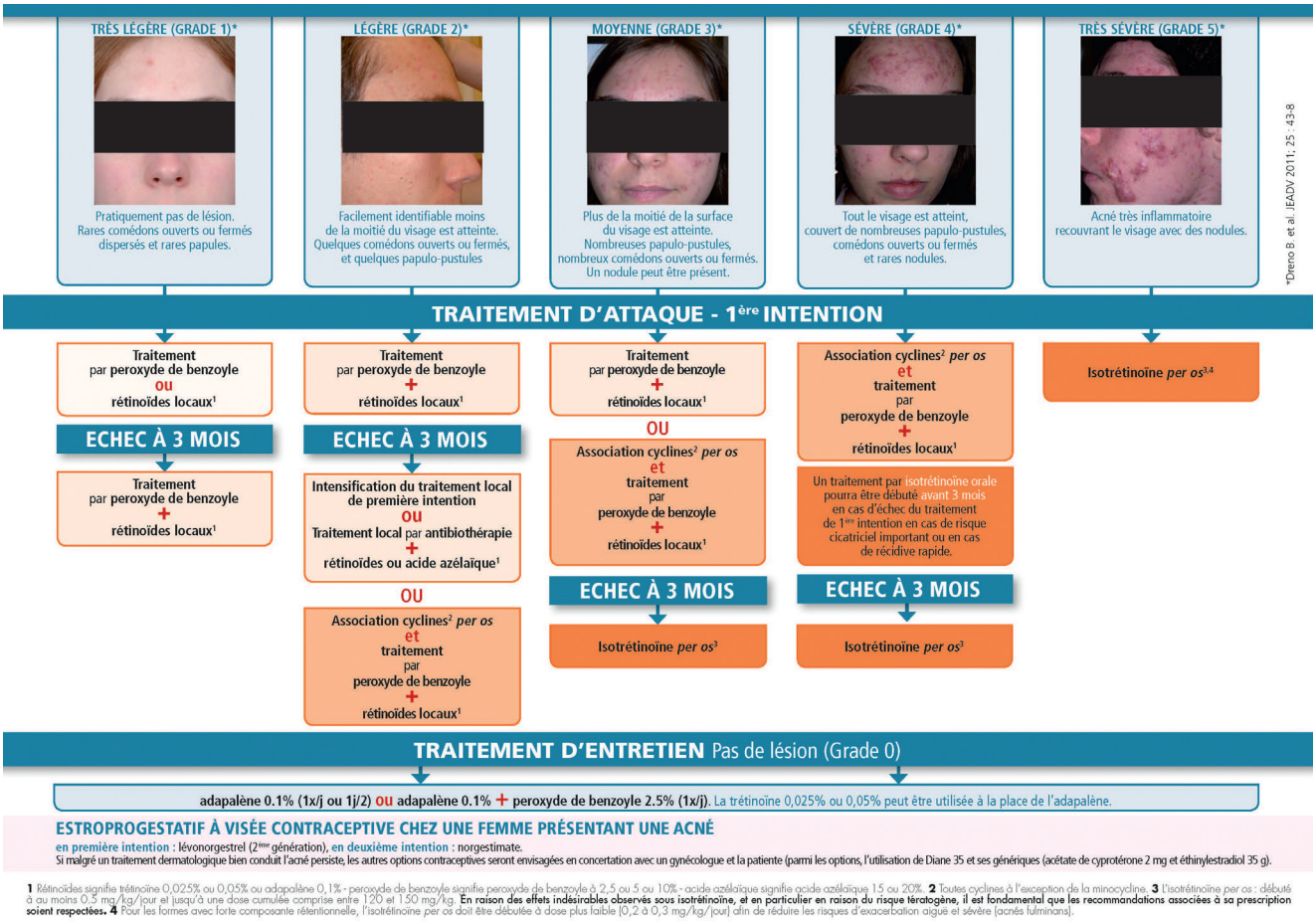


Fig. 28.2 Prise en charge de l'acné (1). Les stades de gravité sont définis selon l'échelle *Global Acne Evaluation* (GEA). *(Source : Société française de dermatologie. Recommandation de bonne pratique. Prise en charge de l'acné. Label méthodologique de la HAS. Disponible sur : https://reco.sfdermato.org/fr/recommandations-acn%C3 %A9#algorithme-acne.)*

L'allergie alimentaire vraie est exceptionnelle dans l'urticaire chronique commune, alors qu'elle est incriminée dans plus de 30 % des cas par les patients

Ce diagnostic peut être en général éliminé lors de l'entretien, notamment en cas de survenue matinale (avant toute prise alimentaire) ou nocturne, si l'évolution dure plusieurs jours ou si la poussée d'urticaire survient plus de 2 heures après l'ingestion alimentaire.

Bilan

- Chez un patient ayant une urticaire chronique isolée sans aucune orientation ni lors de l'entretien ni à l'examen clinique :
  - aucun bilan nécessaire dans un premier temps ;
  - « *Il n'y a pas lieu de rechercher une sensibilisation aux pneumallergènes (aéro-allergènes ou allergènes respiratoires) au cours de l'urticaire chronique isolée* (grade B).
- En cas de résistance au traitement antihistaminique, envisager un bilan paraclinique simple (sauf orientation particulière) : NFS-plaquettes, VS, CRP.

Stratégie thérapeutique

Prescription d'une monothérapie anti-H1 de deuxième génération.

La corticothérapie n'a pas de place dans ce contexte :

- les corticoïdes locaux ne présentent aucun intérêt ;
- la corticothérapie par voie générale n'a pas de place dans le traitement de l'urticaire chronique idiopathique. Pourtant de nombreux patients reçoivent des corticoïdes parfois de façon prolongée ou très répétitive.

Il est recommandé d'effectuer une réévaluation du patient au bout de 4 à 8 semaines. L'efficacité des anti-H1 est variable selon les patients, avec un résultat positif sur plus de 50 à de 80 % des cas. Le traitement est à réévaluer à chaque consultation ; rechercher les prises d'AINS pouvant expliquer certaines poussées, de même que les prises de corticoïdes pouvant entretenir l'urticaire par effet rebond.

En cas d'échec des anti-H1 une consultation spécialisée de dermatologie est conseillée.

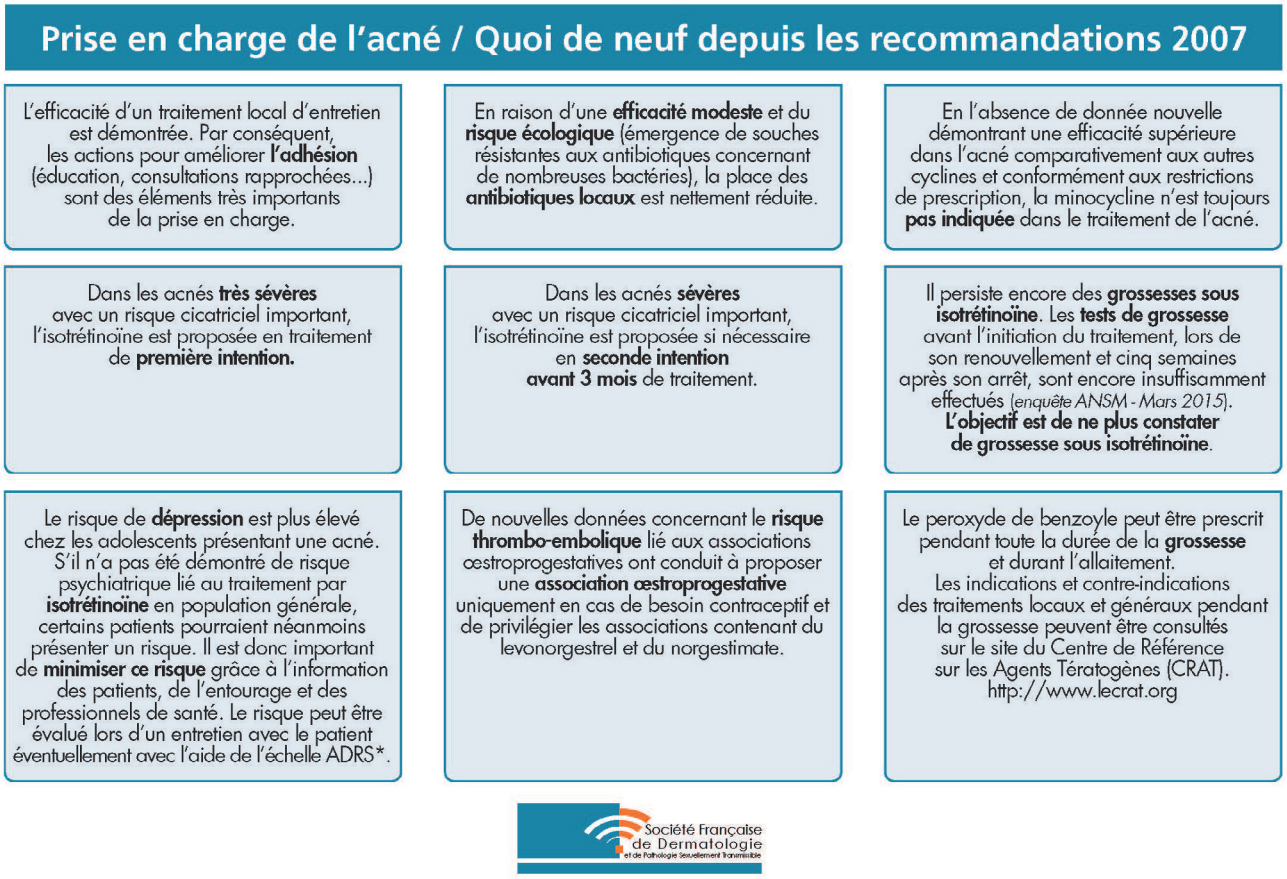


Fig. 28.3 Prise en charge de l'acné (2). *(Source : Société française de dermatologie. Recommandation de bonne pratique. Prise en charge de l'acné. Label méthodologique de la HAS. Disponible sur : https://reco.sfdermato.org/fr/recommandations-acn%C3%A9#algorithme-acne.)*

Urticaire aiguë

Bien que l'urticaire aiguë soit d'origine non allergique dans la grande majorité des cas, l'allergie doit toutefois être éliminée.

Chez le nourrisson, elle est le plus souvent d'origine post-infectieuse. À noter que l'éruption est souvent majorée par l'amoxicilline ou les AINS, tout comme certains facteurs physiques comme le froid, la chaleur, la pression, le frottement ou les vibrations.

Les urticaires non allergiques ne comportent pas de risque d'asphyxie ni d'anaphylaxie (sauf l'urticaire au froid).

Le traitement est symptomatique, en attendant la rémission spontanée, par antihistaminiques prescrits pour une durée de 10 jours.

Moins de 10 % des urticaires sont d'origine allergique, bien que cette question doive rester à l'esprit.

L'étiologie allergique est envisagée sur la base d'un entretien qui recherche :

- une urticaire rarement isolée, souvent associée à une grosse fatigue, un prurit palmoplantaire, un angio-œdème, des signes digestifs (douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée). À l'extrême, l'urticaire peut s'associer à des signes anaphylactiques : tachycardie, sueur, chute tensionnelle, signes respiratoires, choc ;
- un délai d'apparition court après contact avec l'allergène (moins de 2 heures) ;
- la répétition des symptômes en cas de nouveau contact avec l'allergène, avec majoration des symptômes et raccourcissement du délai d'apparition des symptômes ;
- une durée totale toujours inférieure à 24 heures sauf en cas de nouveau contact ;
- un retour à la normale après en quelques heures en général.

L'étiologie allergique est confirmée par des tests allergologiques (*prick tests* et ou IDR) confortés éventuellement par des dosages d'IgE spécifiques. Les mesures d'éviction sont mises en place en fonction des résultats.

Cancers cutanés

En France, en 40 ans, le nombre de nouveaux cas de cancers de la peau a plus que triplé. En France, 90 % des cancers cutanés diagnostiqués sont des carcinomes cutanés et 10 % sont des mélanomes, plus dangereux en raison de leur fort potentiel métastatique. Le médecin généraliste est l'un des acteurs le mieux placé pour le dépister et les repérer.

Carcinomes cutanés

On en distingue deux formes, les carcinomes basocellulaires et les carcinomes épidermoïdes cutanés.

Les plus fréquents sont les **carcinomes basocellulaires**, qui représentent 70 % des cancers cutanés et les moins graves avec un développement qui reste local. Ils ne métastasent pas et leur ablation complète permet la guérison du patient. Le dépistage et le traitement précoce de ces tumeurs peuvent permettre d'éviter l'extension en surface et les séquelles esthétiques ou fonctionnelles.

Plus rares (20 %) et plus agressifs, les **carcinomes épidermoïdes cutanés** peuvent envahir les ganglions lymphatiques et métastaser. Il est donc essentiel de détecter ces carcinomes le plus tôt possible.

Mélanomes

En 2018, en France métropolitaine, l'incidence était de 15 500 nouveaux cas de mélanomes cutanés, répartis également entre les deux genres avec 1 980 décès. Le mélanome représente environ 4 % de l'ensemble des cancers incidents et 1,2 % des décès par cancer, tous sexes confondus [5]. La cause principale de progression du mélanome est l'augmentation de l'exposition aux UV.

Identifier les patients à risque de mélanome

L'identification des patients à risque (tableau 28.2) permet la mise en place d'un suivi organisé par le dermatologue en alternance éventuelle avec le médecin généraliste.

Un outil simple a été créé, dans le cadre du réseau Mélanome Ouest, fondé sur les principaux facteurs de risque : âge, sexe, phototype, éphélides, coups de soleil dans l'enfance, vie dans un pays à fort ensoleillement, antécédents personnels et familiaux de mélanome. Ce questionnaire SAMScore (*Self Assesment Melanoma Risk Score 6*) a été validé au cours d'une étude cas-témoins incluant 8 000 patients (figure 28.4).

Selon le SAMScore, un patient est considéré à haut risque si au moins un de ces trois critères est vérifié :

- premier critère : présence d'au moins trois facteurs de risque parmi les sept facteurs de risque suivants : phototype I ou II, taches de rousseur, plus de vingt grains de beauté sur l'ensemble des deux bras, coups de soleil sévères dans l'enfance ou l'adolescence, temps > 1 an dans un pays à fort taux d'ensoleillement, histoire personnelle de mélanome, histoire familiale de mélanome au premier degré ;
- deuxième critère : âge de moins de 60 ans et plus de vingt grains de beauté sur l'ensemble des deux bras ;
- troisième critère : âge de plus de 60 ans et taches de rousseurs.

Intégrer le SAMScore dans le dossier médical du patient par le médecin généraliste permettrait d'augmenter l'efficience de ce dépistage.

Tableau 28.2 **Principaux facteurs de risque de mélanome. D'après Gandini et al. (2005) et la synthèse de l'HAS (2012).**

Facteurs de risque	RR
Âge supérieur à 50 ans	3
Phototype I ou II	1,99 à 2,25
– Cheveux roux ou blonds	2,00
– Yeux clairs	1,75
Éphélides	1,96 à 2,3
Nombre de grains de beauté supérieur à 40 ou 50	1,99
Exposition au soleil et aux UV artificiels (pays, coups de soleil)	2
Antécédents personnels ou familiaux	2

Détecter un mélanome

Les éléments diagnostiques du mélanome sont cliniques.

Trois éléments sont à retenir pour différencier un nævus d'un mélanome

- Le principe du « vilain petit canard » : tous les grains de beauté d'une personne se ressemblent et celui qui n'est pas « comme les autres » est considéré comme suspect.
- Toute modification de l'aspect de la peau : apparition d'une tache brune, modification d'un grain de beauté, plaie qui ne cicatrise pas, bouton ou croûte persistante qui s'étendent.
- La règle « **ABCDE** » permet de repérer les lésions suspectes (figure 28.5) :
  - « A » comme Asymétrie ;
  - « B » comme Bords irréguliers ;
  - « C » comme Couleur non homogène ;
  - « D » comme Diamètre en augmentation ;
  - « E » comme Évolution.

Tout patient détecté est rapidement adressé au dermatologue.

Conduite à tenir

Toute suspicion de mélanome nécessite une prise en charge rapide par le dermatologue.

La conduite à tenir devant toute suspicion de mélanome en est l'exérèse qui emporte toute la lésion, permet de confirmer la malignité et de donner le pronostic grâce à l'indice de Breslow (épaisseur du mélanome en millimètres) (tableau 28.3). La survie dépend du stade au moment du diagnostic : selon le programme américain SEER, la survie relative à 5 ans est de 98 % au stade localisé, 62 % avec une extension locorégionale et 15 % au stade métastatique [7].

Pour améliorer la prise en charge du mélanome, il est nécessaire d'impliquer davantage le patient et sa famille au premier degré dans le parcours de soins.

- Il est recommandé une fois tous les 3 mois, notamment aux personnes qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque de mélanome, de réaliser un auto-examen de la peau.
- Lorsqu'ils sont adressés, deux patients sur dix ayant un mélanome ne consultent pas le dermatologue.

SAMScore

Voilà 8 affirmations. Pour chacune d'elles, je coche la case à droite si l'affirmation est vraie.

1	**J'ai plus de 60 ans.**	☐
2	**J'ai plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des deux bras (bras et avant-bras).**	☐
3	**J'ai des taches de rousseur.**	☐
4	**Sachant qu'il existe 6 phototypes (voir poster), je pense appartenir aux phototypes I ou II.** • **Phototype I :** *peau très claire, cheveux blond ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité de bronzer avec coups de soleil constants après une exposition solaire* • **Phototype II :** *peau claire, cheveux clairs ou châtains, yeux clairs, coups de soleil fréquents* **NB : Si vous pensez être de phototype III, IV, V, ou VI,** *NE COCHEZ PAS CETTE CASE*.	☐
5	**Au cours de mon enfance ou de mon adolescence, j'ai déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires).**	☐
6	**J'ai vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, DOM-TOM, Sud des USA, Australie...).**	☐
7	**J'ai déjà eu au cours de ma vie un mélanome** *(également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau, qui touche les cellules responsables de la pigmentation)*.	☐
8	**Un membre de ma famille proche** *(parent, enfant, frère ou sœur)* **a déjà eu un mélanome.**	☐

Fig. 28.4 Le SAMScore. *(Source : Quereux et al. Eur J Cancer Prev 2010, 2011, 2012).*

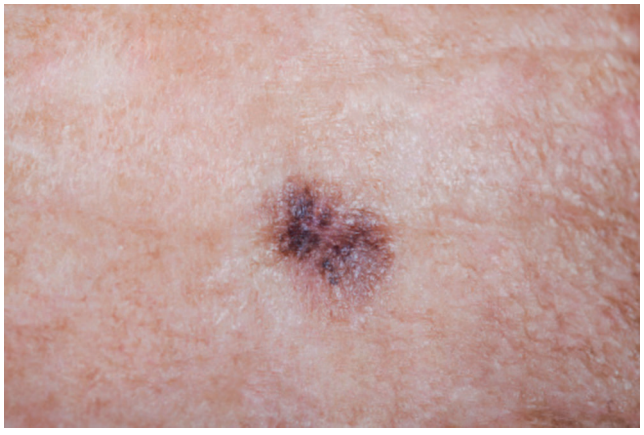


Fig. 28.5 Mélanome.

- Le délai moyen de consultation en dermatologie est de 3 mois avec des délais observés supérieurs à un an. Il est important d'orienter le patient nommément vers un dermatologue et que le médecin généraliste prenne contact lui-même avec le dermatologue.
- Pour tous les parents au premier degré d'un patient porteur d'un mélanome, un dépistage dermatologique est recommandé.

Tableau 28.3 **Taux de survie à cinq ans en fonction de l'indice de Breslow.**

Épaisseur (mm)	Survie à 5 ans
< 0,76	96 %
0,76 à 1,49	87 %
1,5 à 2,49	75 %
2,5 à 3,99	66 %
> 4	47 %

Ces dernières années, les traitements des mélanomes ont évolué. Actuellement plusieurs traitements médicamenteux sont utilisés pour traiter le mélanome : la chimiothérapie, les thérapies ciblées et l'immunothérapie. Grâce aux avancées des traitements, notamment des thérapies ciblées et de l'immunothérapie, le taux de survie à un an est de plus de 70 % et 50 % à cinq ans après le diagnostic, ce qui représente un formidable progrès dans l'histoire de la cancérologie. De nouvelles thérapeutiques prometteuses sont à l'étude.

Psoriasis

Généralités

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique à médiation immune qui touche entre 2 et 3 % de la population française.

Son diagnostic est clinique : la lésion élémentaire est une plaque érythémato-squameuse bien limitée siégeant préférentiellement au niveau des coudes, des genoux, des fesses et de la région lombo-sacrée, du cuir chevelu et de l'ombilic. Les formes sévères représentent environ 20 % des cas.

C'est une maladie polygénique avec plusieurs facteurs environnementaux déclenchants et aggravants comme le tabac, l'alcool, le stress, certains médicaments (bêtabloquants, lithium, AINS, antipaludéens de synthèse), les traumatismes physiques ainsi que les infections bactériennes ORL à streptocoque. L'influence génétique est forte pour le psoriasis du sujet jeune (troisième décennie ++) à la différence du psoriasis du sujet âgé qui n'a souvent aucun antécédent familial [8].

Formes cliniques

- Le **psoriasis en plaques** est la forme la plus fréquemment rencontrée (85 %) et la plus typique (figures 28.6 et 28.7).

Fig. 28.6 **Psoriasis en plaques.**

Fig. 28.7 **Psoriasis en plaques.**

- Le **psoriasis du cuir chevelu** (figure 28.8) est une localisation fréquente, parfois isolée, du psoriasis. Dans la forme typique, il s'agit de plaques squameuses bordées par un liseré érythémateux à limite nette, non alopéciant. La difficulté est de différencier le psoriasis d'une dermite séborrhéique.
- Le **psoriasis unguéal** (figure 28.9) est fréquent, pouvant toucher toutes les structures de l'appareil unguéal. La forme la plus fréquente est celle du « dé à coudre », s'exprimant sous forme de dépressions ponctuées profuses disposées en ligne longitudinales ou transversales. Les ongles peuvent être épaissis, friables et présenter une onycholyse. Le psoriasis unguéal survient le plus souvent chez les patients atteints d'arthrite psoriasique.
- Le **psoriasis inversé** : l'atteinte des plis, parfois révélatrice de la maladie, est fréquente. Ne pas oublier d'y penser devant un intertrigo d'évolution chronique.
- Le **psoriasis en gouttes** est la forme la plus fréquemment rencontrée chez l'enfant ; chez l'adulte, on recherchera une possible syphilis.
- Le **psoriasis arthropathique** est retrouvé chez 10 à 40 % des personnes porteuses d'un psoriasis. Le lien avec la dermatose n'est pas nécessairement fait au début de l'évolution de l'atteinte articulaire. Un dépistage précoce à l'aide des critères CASPAR (tableau 28.4) peut permettre d'éviter l'évolution vers des atteintes articulaires irréversibles [9].

Psoriasis et comorbidités

La littérature montre une forte association entre le psoriasis et les maladies métaboliques (diabète de type 2, obésité, dyslipidémie et athérosclérose) et cardiovasculaires (HTA, cardiopathie ischémique, artériopathie périphérique) [10]. Un suivi spécifique est à réaliser par le médecin généraliste chez les personnes atteintes de psoriasis.

Fig. 28.8 **Psoriasis du cuir chevelu.**

Fig. 28.9 **Psoriasis unguéal.**

Stratégie thérapeutique

Généralités

Chaque consultation est l'occasion de réévaluer la sévérité du psoriasis et de prendre en considération l'impact sur la qualité de vie des malades. S'agissant d'une affection chronique ayant parfois débuté tôt, l'utilisation au long cours de soins locaux exclusifs apparaît illusoire dans un grand nombre de cas : mauvaise observance, lassitude et inadéquation avec une vie professionnelle normale. Pour les formes sévères, un suivi conjoint par le médecin généraliste et le dermatologue est recommandé.

Pour adapter le traitement au mieux, de nombreux paramètres sont à intégrer dans l'évaluation de la sévérité : atteinte cutanée — surface corporelle atteinte (***Body Surface Area,*** **BSA**), *Psoriasis Area and Severity Index* (**PASI**) —, intensité du prurit retentissement sur la qualité de vie (***Dermatology Life Quality Index,*** **DLQI),** la localisation lésionnelle préférentielle (visage, cuir chevelu, mains, organes génitaux externes…), l'âge, le genre, la profession, le milieu socioculturel, l'historique clinique et thérapeutique, sans oublier les traitements non conventionnels que les patients ne mentionnent pas forcément spontanément…

- Il s'agit d'une forme légère ou bénigne du psoriasis lorsque :
  - BSA < 10 ;
  - PASI < 10 ;
  - $DLQI_{max}$ = 10.
- Le psoriasis est moyennement sévère à sévère pour un BSA ou un PASI de 10 ou plus et/ou un DLQI > 10.

Pour chaque prescription de traitement systémique, la balance bénéfices-risques est prise en considération et la décision est partagée avec le patient.

Tableau 28.4 **Rhumatisme psoriasique : critères de classification CASPAR.(Se : 91,4 % ; Sp : 98,7 %.)**

Atteinte rhumatologique inflammatoire (périphérique, axial ou enthésitique) associée à au moins 3 points parmi les 5 items suivants	**Points**
1. Preuve de psoriasis actuel, antécédents personnels de psoriasis ou antécédents familiaux de psoriasis	
– Lésion psoriasique cutanée ou du cuir chevelu diagnostiquée par un médecin à l'examen physique	2
– Notion de psoriasis selon le patient ou un médecin	1
– Antécédent familial de psoriasis au 1er ou 2e degré	1
2. Atteinte unguéale	
Dystrophie unguéale psoriasique à l'examen clinique : onycholyse, ongles ponctués ou hyperkératose	1
3. Négativité du facteur rhumatoïde	
Absence de FR sérique (ELISA ou néphélométrie)	1
4. Présence ou antécédent de dactylite	
Dactylite actuelle diagnostiquée par un médecin	1
Antécédent de dactylite constatée par un médecin	1
5. Aspect radiologique de construction osseuse	
Présence de signes radiographiques de constructions osseuses juxta-articulaires (excluant les ostéophytes) sur les radiographies des mains ou des pieds	1

Traitements locaux

Sont usuellement utilisés en topiques : des émollients, des kératolytiques, des dermocorticoïdes, des analogues de la vitamine D ou l'association des deux. Chez les patients présentant un psoriasis en plaques limité (< 10 % de surface corporelle) ou un psoriasis du cuir chevelu, les traitements locaux peuvent être proposés seuls. Un suivi régulier est à mettre en place.

Les effets indésirables des dermocorticoïdes souvent utilisés en automédication au long cours sont fréquents du fait de la chronicité de la dermatose.

Photothérapie et traitements généraux

Chez les patients présentant un psoriasis étendu ou modéré à sévère, la photothérapie et/ou les traitements généraux sont nécessaires. Dans ce cas, la prise en charge est coordonnée avec le médecin généraliste et le spécialiste dermatologue. La photothérapie comme les traitements généraux sont pourvoyeurs d'effets indésirables à surveiller. Au cours du suivi, la qualité de vie, la tolérance du traitement et l'observance méritent d'être réévalués.

Patient présentant des lésions des muqueuses

Personne présentant une atteinte de la muqueuse buccale

Aphtose

Généralités

L'aphte est une ulcération muqueuse fréquente, surtout chez l'enfant, qui guérit spontanément en 1 à 2 semaines. Leurs localisations sont surtout au niveau de la muqueuse buccale, labiale ou linguale et parfois au niveau du palais ou des gencives. Les ulcérations peuvent être uniques ou multiples. Les aphtes sont douloureux et récidivants, de formes arrondies, à bords réguliers avec un fond jaune cerclé de rouge. Ils sont généralement de petite taille avec un diamètre inférieur à 10 mm, sans adénopathie satellite. Cinq à 25 % de la population générale sont affectés par l'aphtose, très fréquente dans l'enfance, plus rare après 50 ans. Il peut être associé à un contexte pathologique tels que la maladie de Behçet, la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique, la neutropénie et l'agranulocytose iatrogénique, les hémopathies, le sida, les anémies par déficit en vitamine B12 ou en folates. Le syndrome pieds-mains-bouche est une infection virale bénigne due à plusieurs types de virus. Cette maladie contagieuse touche surtout les jeunes enfants. Elle est caractérisée par la présence de papulovésicules dans la bouche et au niveau des extrémités des membres pendant une dizaine de jours.

Certains aliments tels que les noix, les noisettes, certains fromages peuvent déclencher une aphtose. Il en est de même avec la prise de contraceptifs, la grossesse, un traumatisme local, le stress, l'arrêt de la consommation de tabac.

Certains médicaments peuvent en être à l'origine comme les AINS, le nicorandil, l'alendronate monosodique, les bêtabloquants, les opiacés.

Tous ces éléments potentiellement inducteurs sont recherchés lors de l'entretien.

Lorsqu'il existe plus de trois récurrences par an, l'aphtose peut être inaugurale d'une maladie systémique, d'une anémie, d'une carence vitaminique. Dans ce contexte, un avis spécialisé peut être utile.

En cas d'aphtose buccale et génitale associées, une maladie de Behçet est évoquée et un avis de secours recours est nécessaire pour une prise en soins adaptée et coordonnée.

Ressources thérapeutiques

Dans la grande majorité des cas, l'aphtose ne nécessite pas de traitement sauf en cas de douleur importante. Les traitements généraux sont réservés au cas les plus sévères.

- Traitements locaux : aucun traitement n'a fait preuve de son efficacité sur l'évolution des aphtes. Des traitements locaux symptomatiques peuvent être utilisés pour calmer la douleur tels que les anesthésiques locaux.
- Traitements généraux :
  - la corticothérapie générale bien qu'efficace est à éviter en raison d'une balance bénéfices-risques défavorable [11] ;
  - la colchicine peut être utile en prévention des poussées à raison d'un milligramme par jour ;

Candidoses buccales

Les candidoses buccales sont des infections liées essentiellement à des champignons du genre *Candida*, principalement de type *Candida albicans*, saprophyte au niveau de la muqueuse buccale. La candidose buccale se manifeste principalement chez le nouveau-né et la personne âgée. À l'âge adulte, elle survient dans des conditions particulières, telles que la grossesse, une mauvaise hygiène dentaire, une dénutrition, une situation iatrogène telle que la prise d'antibiotiques ou de corticoïdes, ainsi que dans certaines maladies comme le diabète ou l'immunodépression.

Le traitement repose en première intention sur les antifongiques locaux, qui agissent directement par contact. Ces produits sont à garder le plus longtemps possible dans la bouche avant de les avaler. Le traitement est à poursuivre pendant 2 à 3 semaines avec si possible une association de bicarbonate de sodium à 1,4 % en bain de bouche.

Le traitement par voie générale est utilisé en première intention pour les patients immunodéprimés ou en seconde intention en cas d'échec des antifongiques locaux. Le fluconazole, 50 mg par jour pendant 1 à 2 semaines voire 100 mg par jour chez les sujets immunodéprimés, est utilisé. Une précaution est à observer en cas de prise concomitante d'antivitamines K en raison d'interactions entre les deux molécules.

Personne présentant une atteinte de la muqueuse génitale

Candidose vaginale

La candidose vaginale est très fréquente. Le plus souvent liée à une prolifération de *Candida albicans*, levure saprophyte qui profite d'un déséquilibre de la flore vaginale. Elle est favorisée par la grossesse, la sécheresse vaginale, une antibiothérapie orale, une immunodépression et par les périodes prémenstruelles. Le diagnostic est clinique. Il n'est pas nécessaire d'effectuer des prélèvements locaux lorsque la clinique est typique.

Le traitement relève d'un antifongique par ovule (1 ovule à libération prolongée ou 1 ovule par jour pendant 7 jours) associé à une crème antifongique pour application vulvaire.

Herpès génital

Généralités

Les virus herpes simplex 1 et 2 sont transmissibles par voie sexuelle.

La primo-infection est symptomatique (vulvo-vaginite) dans 20 à 60 % des cas selon les études. Chez la femme, elle est parfois associée à une vulvite érosive hyperalgique ou une cervicite. Dans les deux sexes, une atteinte anale

isolée ou une anorectite érosive aiguë sont possibles. Des douleurs ou des paresthésies peuvent précéder l'apparition des lésions. Des signes généraux (fièvre, myalgies, etc.), plus fréquents chez la femme, sont rapportés dans 30 à 70 % des cas. Le diagnostic et clinique, sa confirmation repose sur la culture virale.

Les récurrences moins bruyantes que lors de la primo-infection sont fréquentes (20 à 50 % des patients).

L'herpès génital est actuellement la première cause d'ulcération génitale dans les pays développés. Le retentissement sur la qualité de vie de l'herpès génital récurrent peut être important [12].

Stratégie thérapeutique

Lors de la primo-infection, l'aciclovir oral a fait la preuve de son efficacité sur la douleur, le délai de guérison et la durée du portage du virus. La posologie et de 200 mg 5 fois par jour pendant 10 jours par voie orale. On peut aussi utiliser le valaciclovir par voie orale à la dose de 500 mg 2 fois par jour pendant 10 jours. Les traitements locaux n'ont pas fait preuve d'efficacité. Un traitement antalgique peut être associé en cas de douleur importante.

Lors de récurrences, le traitement est identique à celui des primo-infections, pour une durée de 5 jours, uniquement en cas de gêne ou de risque de contagion (grade A). Pour les personnes ayant au moins six récurrences par an, un traitement préventif est proposé avec l'aciclovir à la dose de 400 mg 2 fois par jour ou par le valaciclovir à la dose de 500 mg par jour. L'effet est suspensif et la durée du traitement est déterminée en fonction de l'évolution par une évaluation régulière tous les 3 à 6 mois.

La prévention des IST passe par l'usage du préservatif masculin ou féminin. Depuis 2018, le préservatif « EDEN » est remboursé par l'Assurance Maladie sur prescription.

La découverte d'un herpès génital chez un patient ou une patiente conduit à proposer un dépistage des autres IST.

Conclusion

Le médecin généraliste accueille et suit les personnes présentant des affections cutanées et/ou muqueuses en intégrant une approche globale permettant d'établir à la fois une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une coordination efficace.

Références

[1] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M. Guerin MH MA. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014;114:148–57.

[2] Société Française de Dermatologie. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. Presse Med 2005;34(2 Pt 1):128–38.

[3] Société Française de Dermatologie. Recommandations de bonne pratique. Prise en charge de l'acné. [En ligne]. Saint-Denis: HAS et Paris: SFD; 2015. Disponible sur : www.has-sante.fr.- www.sfdermato.org - juin 2015.

[4] Soria A, Francès C. Urticaria: Diagnosis and treatment. Rev Med Intern 2014;35(9):586–94.

[5] Institut national du cancer. Panorama des cancers en France 2021. [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa; 2017. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr.

[6] Quéreux G, N'guyen JM, Cary M, Jumbou O, Lequeux Y, Dréno B. Validation of the Self-Assessment of Melanoma Risk Score for a melanoma-targeted screening. Eur J Cancer Prev 2012;21(6):588–95.

[7] Haute Autorité de santé. Guide ALD 30 mélanome cutané 2012. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2012. Disponible sur : www.has-sante.fr/.

[8] Dika E, Bardazzi F, Balestri R, Maibach HI. Environmental Factors and Psoriasis. In: Tur E, editor. Current Problems in Dermatology. Basel: Karger; 2007. p. 118–35.

[9] Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum 2006;54(8):2665–73.

[10] Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. J Am Acad Dermatol 1995;32(6):982–6.

[11] Aphtose buccale commune. Rev Prescrire 2010;319:365–9.

[12] Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'herpès cutanéo-muqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues). Saint-Denis: HAS; 2001.

Le patient présentant des plaintes médicalement inexpliquées, des plaintes d'origine fonctionnelle, des plaintes somatiques inexpliquées

Xavier Gocko

PLAN DU CHAPITRE

Une terminologie acceptable par les patients et par les médecins 279
Description clinique : une sévérité variable et des comorbidités 280
Diagnostics différentiels et chevauchements . . 280
Étiologie : facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien et d'aggravation . . 280
Diagnostic positif : un stop à l'errance 281
Traitements : privilégier les approches non médicamenteuses 283
Conclusion 283

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié du patient pour l'expression d'une plainte aiguë. Cette expression dans le cabinet la transforme en symptômes. Ces symptômes deviennent le plus souvent des signes et se rapportent à une entité nosologique connue par le médecin. Certains symptômes ne s'intègrent pas dans les tableaux cliniques habituels et ont été nommés « **symptômes physiques médicalement non expliqués** » (SMI) dans le thésaurus *Medical Subject Headings* (MeSH).

Dans une méta-analyse de 2015, la prévalence des SMI atteignait 40 à 49 % dans une population consultant en soins primaires [1].

Les patients présentant ces symptômes expriment de la frustration par le manque d'explication, de légitimité et d'efficacité des traitements. Le sentiment d'échec du médecin et de non-guérison du patient peut conduire à une errance diagnostique et thérapeutique avec la multiplication des examens et des avis complémentaires à la demande d'un patient inquiet et d'un médecin déconcerté par ces symptômes. Le coût de ces itinéraires de soins et les arrêts de travail qui en découlent sont importants pour le système de santé [2].

Pour répondre à ces symptômes en consultation, ce chapitre aborde la terminologie, la clinique, le diagnostic différentiel, l'étiologie, le diagnostic positif et le traitement.

Une terminologie acceptable par les patients et par les médecins

De nombreux termes sont employés pour décrire ces symptômes. Le terme de **troubles somatoformes** utilisé dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III* (DSM-III) a été abandonné. Son implicite sémantique comme celui des SMI était une absence de cause organique, renvoyant par défaut à une origine psychiatrique. Cette origine rarement acceptable par les patients était aussi pour les médecins un risque de simplification et de distinction entre soma et psyché. La définition en négatif des symptômes médicalement inexpliqués comportait une limite conceptuelle évidente tant pour le médecin que pour le patient. Les **troubles à symptomatologie somatique** (*somatic symptoms disorder*) du DSM-5 peuvent avoir un substratum orga-

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

nique, au moins partiel, et ne sont donc plus nécessairement inexpliqués. Ils comportent des critères diagnostiques psychocomportementaux, comme une inquiétude élevée vis-à-vis de ces symptômes. Cette définition semble plus à même d'aider les médecins à appréhender la complexité de ces symptômes. Le terme de syndrome de détresse corporelle (*bodily distress disorder* de la CIM-11) reconnaît la souffrance des patients, mais le mot « détresse » véhicule un implicite psychologique posant toujours le même problème d'acceptation par les patients.

Parallèlement aux classifications du DSM développées par les psychiatres, les « *somaticiens* » utilisent le terme de syndromes somatiques fonctionnels (SSF). Ces syndromes sont fondés sur des symptômes prédominants : la fatigue chronique, la fibromyalgie ou encore le syndrome de l'intestin irritable (SII). Les SSF peuvent être diagnostiqués sur des critères diagnostiques positifs comme les critères de Rome pour le syndrome de l'intestin irritable ou les critères de l'*American College of Rheumatology* pour la fibromyalgie [3].

Description clinique : une sévérité variable et des comorbidités

Les patients peuvent décrire un ou plusieurs symptômes fonctionnels. Ce ou ces symptômes peuvent persister ou spontanément régresser et disparaître. Un niveau élevé d'anxiété pour la santé et une attention importante voire exagérée à leur corps sont souvent perçus par les médecins et parfois reconnus par les patients. Le plus souvent, ces symptômes n'ont pas de substratum organique. Quand ils en ont un, ce dernier n'explique pas l'ampleur du phénomène et les traitements habituels sont moins efficaces. Ces patients ont autant de comorbidités anxieuses et dépressives que les patients atteints de pathologies dites organiques. Les niveaux d'anxiété et de dépression retrouvés chez les patients atteints de fibromyalgie ou de syndrome de l'intestin irritable sont respectivement équivalents à ceux des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de maladie inflammatoire chronique de l'intestin. La sévérité est variable : des symptômes spontanément résolutifs, des troubles à symptomatologie somatique de plus de 6 mois à de véritables handicaps sur le long terme. La multiplicité des symptômes, le niveau élevé d'anxiété pour sa santé et une mauvaise qualité de vie personnelle et professionnelle sont des facteurs prédictifs de sévérité et d'itinéraires complexes [4].

Diagnostics différentiels et chevauchements

Face à un symptôme inexpliqué, le raisonnement du médecin est analytique. Cette absence d'inférence immédiate comporte un risque de multiplications d'examens et avis complémentaires. De nombreux facteurs favorisent cette multiplication et sont résumés dans l'encadré ci-dessous. Ces recours multiples représentent un coût élevé pour le système de soins et génèrent une inquiétude pour les patients.

Facteurs favorisant la multiplication des examens et avis complémentaires face à un SMI

- La prédominance du modèle biomédical chez les patients et chez les médecins.
- Un niveau élevé d'anxiété pour la santé chez le patient.
- Un manque de confiance chez le médecin.
- La peur de l'erreur (médecine défensive).
- L'inadéquation de la formation initiale (peu d'enseignement de l'approche globale).
- Les contraintes organisationnelles des cabinets (temps de consultation).

Pourtant, lorsque le médecin pense à un SMI, il a le plus souvent raison. Une étude écossaise de 2009 a montré que le suivi à 19 mois de 1 030 patients avec un diagnostic de SMI neurologiques faisait émerger un nouveau diagnostic de maladie dite organique, non envisagé au départ, chez seulement 4 patients (0,4 %) [5]. Dans une méta-analyse réalisée entre 1980 et 2014, incluant six études d'évaluation initiale du diagnostic (n = 1 804 patients) et seize études de suivi (n = 2 440 patients) pour des SSF, le pourcentage de diagnostics révisés était respectivement de 8,8 % dans les premières et de 0,5 % dans les secondes [6].

Les chevauchements sont fréquents entre SSF (par exemple, fibromyalgie et syndrome de l'intestin irritable). Ils sont aussi fréquents avec certaines pathologies comme les douleurs chroniques du rachis cervical ou lombaire [7].

Étiologie : facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien et d'aggravation

Des facteurs étiologiques prédisposants, précipitants et d'entretien et d'aggravation ont été identifiés. Les événements traumatiques de l'enfance ou les événements de vie sont des facteurs favorisants à rechercher, au rythme du patient qui se confie et surtout identifie ces événements au fil des entretiens. Un antécédent de maladie *organique* ou des résultats d'analyses et/ou d'imagerie en faveur d'une maladie à un stade infraclinique peuvent aussi prédisposer au ressenti de ces symptômes et SSF. Des hypothèses sur la place de la culture ou encore de l'épigénétique ont été émises. L'épigénétique est la discipline qui étudie la nature des mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible et adaptative l'expression des gènes sans changer la séquence de l'ADN. Ces facteurs posent la question de l'éducation. Durant l'enfance, la manière dont les parents répondent aux plaintes (consultations ou non, traitements ou non…) pourrait participer à l'expression de ces symptômes à l'âge adulte. Le système de santé et l'accès aux soins jouent aussi un rôle dans l'élaboration de ces symptômes ou SSF.

Les facteurs précipitants de l'expression de ces symptômes et SSF peuvent être des accidents de la vie, des maladies aiguës ou des événements traumatiques.

Un niveau élevé d'inquiétude pour sa santé, des comorbidités anxiodépressives, la conviction d'être malade sont des

facteurs de chronicisation. L'absence de soutien personnel et professionnel est aussi facteur d'entretien. Le déconditionnement voire l'évitement de l'effort ou des actes de la vie quotidienne sont des facteurs d'entretien et d'aggravation. La perte de confiance dans les professionnels de santé (par exemple du fait de séquelles d'un traitement inapproprié) concourt à la multiplication des examens, des avis, voire au recours à des médecines dites alternatives et complémentaires et à la chronicisation. Les classiques bénéfices secondaires (par exemple les arrêts de travail) peuvent aussi contribuer à la chronicisation des symptômes. L'analyse psychanalytique classique de ces bénéfices distingue le bénéfice primaire du symptôme contribuant à résoudre ou au moins à soulager un conflit intrapsychique, et le bénéfice secondaire qui permet d'en obtenir des gratifications matérielles (arrêts de travail…). La reconnaissance du statut de malade s'apparente au bénéfice primaire qui contribue à restaurer une identité sociale bousculée par les facteurs favorisants ou précipitants (événements traumatiques de l'enfance, événements de vie…). La distinction de ces deux types de bénéfices permet aux médecins de lutter contre la représentation négative des bénéfices secondaires.

Des théories neurobiologiques récentes expliquent les perceptions douloureuses par un excès de nociception résultant d'une sensibilisation centrale. D'autres définissent le système nerveux central comme bayésien : il construirait son environnement à l'aide de paris, y compris l'état du corps, et il ferait donc de mauvais paris dans le cadre des SSF.

Les interactions (allers-retours) entre facteurs prédisposants, facteurs déclenchants et facteurs de chronicisation peuvent expliquer la chronicisation des symptômes. Par exemple, un antécédent de maladie dans l'enfance, des informations sensorielles (excès de nociception) et la conviction d'une maladie grave (mauvais pari) entraînent un déconditionnement à l'effort et donc une chronicisation des symptômes [8].

La figure 29.1 montre les différentes interactions entre ces facteurs étiologiques.

Diagnostic positif : un stop à l'errance

Le diagnostic positif de ces symptômes et SSF est très important. Il est le premier rempart à la multiplication des avis et examens complémentaires et donc à l'errance du patient, errance qui est un facteur d'entretien et d'aggravation. Le diagnostic positif est difficile pour les patients et pour les médecins du fait du classique dualisme cartésien entre soma et psyché. Ce socle épistémologique de la biomédecine touche toute la société et toutes les spécialités y compris celles du psychisme. Les symptômes et les SSF sont encore souvent considérés comme moins réels, imaginaires et psychogènes. Ce « *malade imaginaire* » peut à tort être inconsciemment considéré par le médecin comme responsable (voire coupable) de ses symptômes. La négativité des différents examens et avis peut même être reprochée à ces patients, ce qui empêche la guérison. Du côté du patient, la multiplication des phrases comme « *vous n'avez pas de sclérose en plaques* » ou, pire, « *vous n'avez rien* », peut entraîner une perte de confiance envers les médecins et un manque de reconnaissances qui sont des facteurs d'entretien et d'aggravation. La reconnaissance et la légitimation des symptômes sont donc la première étape du soin. Sans cette étape, les patients sont amenés à combattre pour cette reconnaissance et à revendiquer leur maladie. Or, il est difficile pour un patient d'aller mieux s'il doit prouver qu'il est malade. Le rejet social et la douleur physique semblent partager les mêmes substrats neuronaux. L'enfermement dans une croyance, l'isolement social, la lutte pour la reconnaissance d'une maladie agissent comme des facteurs d'entretien et d'aggravation. La fibromyalgie a été et est encore un objet de controverse scientifique et un champ de lutte sociologique.

Comment faire ce diagnostic positif ? L'intégration de l'agenda du patient (croyances, représentations, attentes, émotions) à son propre agenda (historique médical, examen clinique) réunit la maladie du médecin-*disease*, réalité biologique objectivable, et la maladie du malade-*illness*, réalité subjective issue de l'expérience vécue. L'interrogatoire et ses questions fermées, véritable tri considérant comme pertinents uniquement les symptômes évoquant une anomalie anatomique, physico-chimique, appartenant à une entité biomédicale définie, est complété par un entretien ouvert comprenant les symptômes, leur interprétation profane, les émotions associées et l'expérience socialement construite du symptôme ou du SSF (interaction avec l'entourage). Le statut de malade nécessite donc aussi une légitimation sociale « maladie socialisée-*sickness* ».

Ce récit (médecine narrative) permet de donner du sens à l'infortune que représente la maladie et possède en lui-même une action thérapeutique. Au contraire, rester centré sur le *disease* conduit le patient et le médecin à l'échec. La multiplication des avis et des examens complémentaires favorise l'endossement de l'identité de malade. Le médecin veut prouver que le patient n'a rien et demande de multiples examens et avis complémentaires ; le patient les accepte, voire les réclame pour prouver « qu'il a quelque chose » selon le principe de causalité circulaire.

Certains patients font leur diagnostic eux-mêmes avec l'aide d'Internet ou d'associations de patients. Ils attribuent leurs symptômes fonctionnels à une cause exogène comme *Borrelia burgdorferi* (maladie de Lyme chronique) ou à une exposition de bas niveau à des produits chimiques (hypersensibilité chimique multiple) ou à des ondes électromagnétiques (électro-hypersensibilité). Ces attributions exogènes semblent plus supportables pour les patients. La maladie est une conduite sociale déviante non sanctionnée suscitant soins et compassion sous réserve qu'elle soit imputée à un agent situé au-delà de la volonté de l'individu. Dans l'attribution endogène (par exemple, fibromyalgie), le patient est responsable voire coupable.

La prise en compte du récit du patient permet un diagnostic positif de symptôme fonctionnel et de SSF. Les mots choisis rendent compte de l'expérience vécue et font sens à la fois pour le patient et le médecin. Certains soignants utilisent la métaphore personnalisée (amenée par le patient) comme explication plausible (par exemple, l'anxiété crée la tension musculaire, l'injustice attise la douleur, etc.). Le médecin rend compte de la complexité à l'aide de causalité circulaire (interactions des facteurs prédisposants, précipitants et de chronicisation) et s'éloigne des causalités linéaires simplificatrices (« *c'est dans votre tête, c'est une*

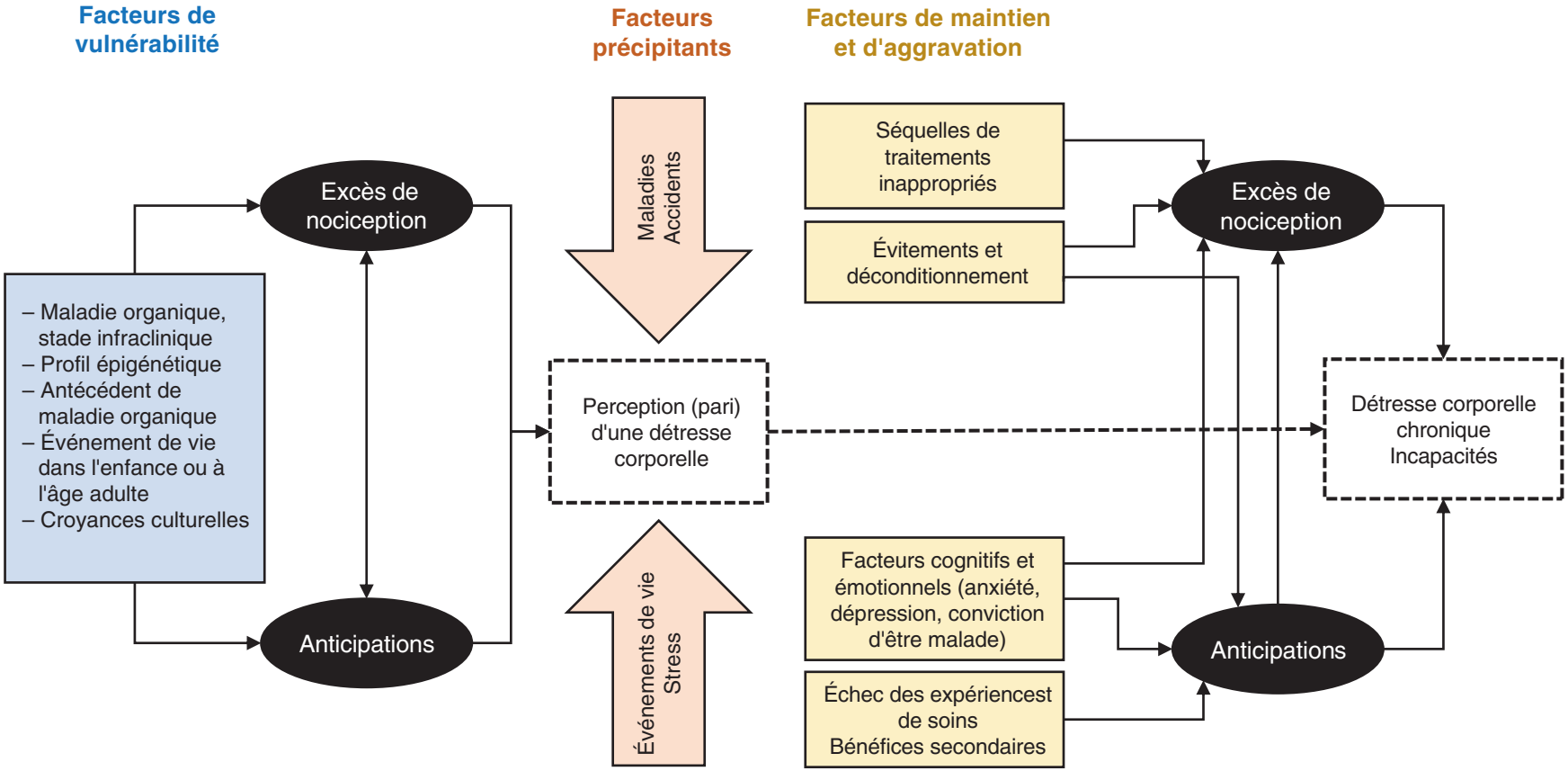


Fig. 29.1 Facteurs prédisposants, précipitants et de chronicisation d'un syndrome somatique fonctionnel. *(D'après : Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. Dialogues Clin Neurosci 2018;20(1):23–31.).* *© 2018 AICH - Servier Research Group. All rights reserved.*

dépression masquée»). Les encadrés ci-après proposent une métaphore pour le diagnostic positif et le terme fonctionnel, et une métaphore pour le diagnostic positif et l'attribution exogène.

Métaphore pour un diagnostic positif de symptôme fonctionnel ou de SSF
Le terme fonctionnel

La métaphore qui accompagne le terme fonctionnel initie les mécanismes de réassurance. «*C'est détraqué, mais ce n'est pas cassé.*»
«*Le logiciel bogue, mais l'ordinateur n'est pas cassé, on ne va pas le changer, on va travailler sur le logiciel.*»

Métaphore pour un diagnostic positif et une attribution exogène
La métaphore du cambrioleur

Lors d'une attribution exogène par le patient à un virus, à une bactérie, les auteurs vous proposent d'utiliser la métaphore du cambrioleur.
«*Vous êtes comme quelqu'un qui cherche le cambrioleur trois mois après le cambriolage. Vous savez qu'il est parti, nous savons tous qu'il est parti. Même si on trouvait le cambrioleur, ça ne réparerait pas ce qui a été abîmé et volé.*»
«*Mieux vaut ranger, remplacer les objets volés, appeler l'assurance.*»

Traitements : privilégier les approches non médicamenteuses

Selon une méta-analyse de la Cochrane de 2014, les antidépresseurs quels qu'ils soient (tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine avec ou sans action sur la noradrénaline) seuls ou associés à des antipsychotiques n'avaient pas d'efficacité supérieure au placebo. Il en était de même pour les produits dits «naturels» (phytothérapie, etc.). Par ailleurs, la survenue d'effets indésirables pouvait amplifier les symptômes. Les antidépresseurs peuvent être éventuellement utiles pour traiter les fréquentes comorbidités anxieuse et dépressive. La faible qualité des vingt-six études incluses dans cette méta-analyse incite à une interprétation prudente [11].

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont décrites comme efficaces même à long terme. Elles réduisent la sévérité des symptômes et leur comorbidité anxieuse et dépressive. Elles nécessitent du temps pour le thérapeute et pour le patient puisque les séances de plus de 50 minutes sont décrites plus efficaces avec dix séances en 12 semaines [12]. En France, l'accès à ce type de soins est difficile. Le nombre de soignants formés aux TCC pour les symptômes fonctionnels et les SSF est insuffisant. Les consultations de certains professionnels (psychologues, par exemple) ne sont pas remboursées en ambulatoire. Depuis avril 2022, le dispositif «Mon Psy» permet de disposer de huit consultations prises en charge par l'Assurance Maladie.

Une étude néerlandaise de 2013 donne des pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients présentant des SSF. Un essai clinique randomisé a testé une formation de 14 heures aux TCC sur des médecins en contact avec des patients présentant de tels symptômes, quelle que soit leur spécialité. Cette formation leur apprenait à expliquer ces symptômes et SSF, à réassurer les patients et à éviter de demander des avis et examens complémentaires inutiles. Leurs capacités de communication ont été évaluées avant et après la formation à l'aide d'enregistrements vidéo. Les entretiens des médecins du groupe formé faisaient plus appel au modèle bio-médico-psycho-social (approche globale). Les médecins expliquaient mieux les facteurs d'entretien, et ce avec une approche plus centrée sur le patient [13].

Que contient une TCC ?

Le diagnostic positif soutenu par une approche globale centrée sur le patient permet d'explorer la dimension de ressenti subjectif du patient. L'annonce diagnostique demande de choisir ses mots et de prendre en compte des représentations fréquentes. Le médecin veille à lutter contre le sentiment de stigmatisation qui peut accompagner un diagnostic psychiatrique, contre le sentiment de responsabilité du patient et contre le manque de reconnaissance ressenti.

La dimension cognitive de la thérapie peut se poursuivre avec l'explication de l'origine cérébrale et le déséquilibre entre l'anticipation cognitive et les perceptions corporelles. Pitron et al. prennent l'exemple du «bain chaud» pour expliquer la théorie bayésienne : l'immersion du corps dans l'eau très chaude est souvent désagréable, voire douloureuse ; après quelques secondes, la sensation douloureuse disparaît alors même que la température de l'eau n'a pas changé. Lors de l'immersion, le cerveau a anticipé une potentielle brûlure. Ce pari a été corrigé par les signaux nerveux périphériques. Devant l'absence de lésion, le caractère désagréable et douloureux disparaît. Le traitement cherche à diminuer l'anticipation cognitive et à redonner sa place aux perceptions corporelles. Cette dimension comportementale se retrouve dans la rééducation physique proposée aux patients atteints de fibromyalgie. La rééducation lutte contre l'évitement dû à l'anticipation cognitive douloureuse et contre le déconditionnement physique, facteur d'entretien et d'aggravation [14].

Conclusion

«*Docteur, depuis mon retour de la Martinique, j'ai un goût métallique dans la bouche.*» En prononçant cette phrase, cette patiente peut selon son interlocuteur s'engager sur le chemin de prélèvements buccaux à la recherche de mycose, d'un avis gastroentérologique à la recherche d'un reflux, d'un avis oto-rhino-laryngologique (ORL) à la recherche de quelque chose que ni le médecin, ni le patient ne connaissent et, malgré l'absence de tous facteurs de risque de cancer ORL, de multiples biologies avec recherche de syndrome inflammatoire et de carences vitaminiques, etc. La multiplication de ces examens et avis peut agir comme un facteur d'entretien et d'aggravation d'un symptôme qui

semble fonctionnel d'emblée. La patiente et le médecin peuvent mettre des années avant d'identifier que le symptôme est contemporain du retour de Martinique en rapport avec un conflit familial majeur. Le symptôme peut être résolutif spontanément en quelques semaines, revenir une année après ou durer plusieurs années. Il peut s'intégrer à un syndrome avec de la fatigue, des plaintes mnésiques (sans substrat). Ce syndrome peut être attribué à une cause externe ou à une cause interne.

Seule la connaissance des facteurs prédisposants, déclenchants, d'entretien et d'aggravation couplée à des habiletés communicationnelles peut permettre au médecin d'aider le patient à comprendre à la fois le sens de ce symptôme et les émotions qu'il engendre.

Références

[1] Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care – a systematic review and metaanalysis of prevalence. Dtsch Arztebl Int 2015;112:279–87.

[2] Werner EL, Merkus SL, Mæland S, et al. Physician's assessments of work capacity in patients with severe subjective health complaints: a cross-sectionnal study on differences between five European countries. BMJ Open 2016;6, e011316.

[3] Cosci F, Fava GA. The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model. CNS Spectr 2016;21(4):310–7.

[4] Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. Psychother Psychosom 2018;87:12–31.

[5] Carson A, Duncan R, Coleman R, et al. Symptoms unexplained by organic disease in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? Brain 2009;132(10):2878–88.

[6] Eikelboom EM, Tak LM, Roest AM, Rosmalen JGM. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. J Psychosom Res 2016;88:60–7.

[7] Aaron LA, Burke MM, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. Arch Intern Med 2000;160(2):221–7.

[8] Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. Dialogues Clin Neurosci 2018;20(1):23–31.

[9] Eisenberger NI. The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. Psychosom Med 2012;74(2):126–35.

[10] Canévet J, Potz C, Vercoustre S, Rat C. L'expérience fibromyalgique dans la trajectoire de vie des patients. exercer 2019;154:256–61.

[11] Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, et al. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;7(11):CD010628.

[12] Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord 2019;15(245):98–112.

[13] Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JL, et al. Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). A randomized, controlled trial. PLos One 2015;10(9):e0138342.

[14] Pitron V, Ranque B, Vulser H, Rotge JY, Limosin F, Lemogne C. Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux les comprendre. Rev Med Interne 2019;40(7):466–73.

Chapitre 30

Le patient présentant une défaillance des fonctions vitales ou un risque de défaillance de ces fonctions, et urgences ressenties

Cyrille Vartanian

PLAN DU CHAPITRE

Patient adulte présentant une anaphylaxie ou un choc anaphylactique 287
Patient adulte présentant une défaillance cardiaque 289
Patient adulte présentant une défaillance respiratoire 293
Patient adulte présentant une défaillance volémique (hémorragique ou non) 296
Patient adulte présentant une défaillance neurologique 297
Patient adulte présentant une défaillance septique 299
Conclusion. 300

Le médecin généraliste peut rencontrer dans sa pratique des situations cliniques urgentes. Les patients peuvent présenter une ou des défaillances de fonctions vitales nécessitant d'effectuer des gestes d'urgence en attendant une unité mobile de réanimation. La prise en charge de l'urgence est une composante essentielle de la fonction de premier recours. Elle nécessite une réponse immédiate. L'urgence vitale est rare en médecine générale. Sa prévalence est fonction du mode d'exercice et du lieu d'installation.

Toutes les défaillances des fonctions vitales ne sont pas abordées dans ce chapitre, seulement les plus fréquentes pour lesquelles l'action du médecin généraliste, acteur de premier recours, apporte une plus-value.

Patient adulte présentant une anaphylaxie ou un choc anaphylactique

L'anaphylaxie est la sensibilisation à une substance, telle que l'introduction d'une nouvelle dose, même très faible, de cette substance dans l'organisme risque d'entraîner une réaction violente. Le choc anaphylactique implique une insuffisance circulatoire aiguë, secondaire à une réaction allergique systémique, immunologique ou non, et mettant en jeu le pronostic vital [1].

L'incidence annuelle des réactions allergiques est de l'ordre de 70 pour 10 000 personnes. Elles sont principalement dues à l'alimentation, les médicaments, les venins et le latex.

Le diagnostic est avant tout clinique avec des signes anaphylactiques multiples. Ils peuvent être :

- cutanés (très fréquents) : prurit généralisé, érythème, urticaire, angio-œdème, rash ;
- respiratoires (très fréquents) : rhinorrhée, toux, dyspnée, stridor, sibilants, œdème des voies aériennes supérieures ;
- abdominaux (fréquents) : nausées, vomissements, douleur abdominale, dysphagie, diarrhées ;
- cardiovasculaires (fréquents) : hypotension, tachycardie, douleur thoracique, plus rarement syndrome coronarien aigu, bradycardie ou arrêt cardiorespiratoire ;
- neurologiques (moins fréquents) : céphalées, vertiges, confusion.

Ces signes peuvent être accompagnés d'une sensation de mort imminente.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Les symptômes peuvent évoluer très rapidement à la manière d'un tsunami en deux phases :

- une phase hyperkinétique associant la réaction cutanéo-muqueuse, une vasodilatation et une tachycardie permettant d'adapter le débit cardiaque, afin d'adapter transitoirement la pression artérielle ;
- une phase hypokinétique de désamorçage avec effondrement du débit cardiaque, défaillance multiviscérale conduisant, en l'absence de traitement, à un arrêt cardiorespiratoire.

La gravité de l'anaphylaxie a été définie selon la classification de Ring et Mesmer :

- grade 1 : **signes cutanéomuqueux** : érythème généralisé, urticaire localisée avec ou sans angio-œdème ;
- grade II : **atteinte multiviscérale modérée** : signes cutanéomuqueux, tachycardie, hypotension, toux, dyspnée, douleur abdominale ;
- grade III : **atteinte multiviscérale sévère** : collapsus cardiovasculaire, troubles du rythme, détresse respiratoire ;
- grade IV : **arrêt cardiorespiratoire**.

La célérité de l'évolution de l'anaphylaxie dans certains cas et le risque de décès brutal nécessite un traitement rapide (figure 30.1).

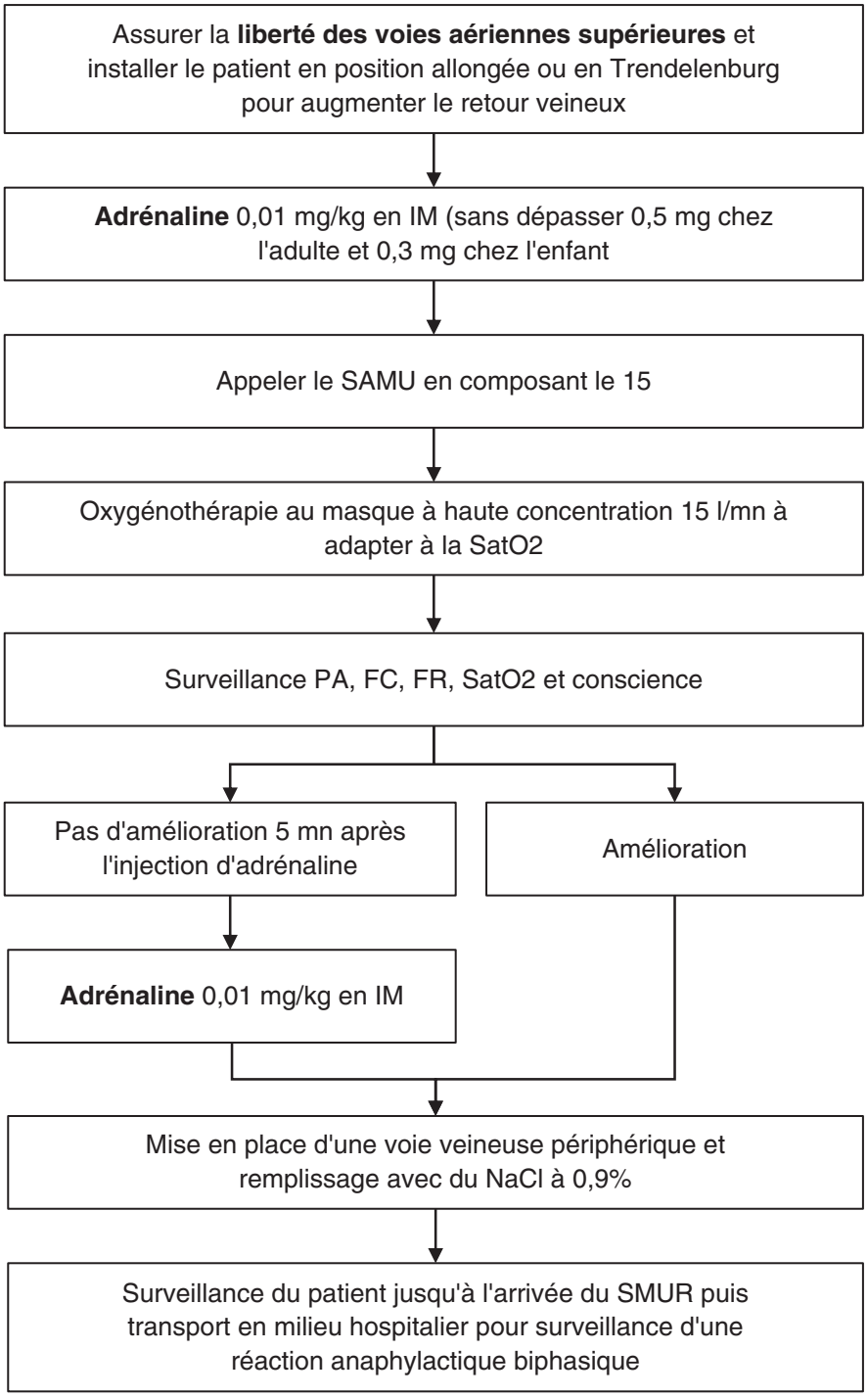


Fig. 30.1 Algorithme de prise en charge d'un choc anaphylactique en préhospitalier.

L'**adrénaline** est le traitement de choix, par voie intraveineuse. Elle est à manipuler avec précaution, le risque de fibrillation ventriculaire demande une surveillance électrocardiographique par monitorage. Par voie sous-cutanée son action est trop lente, c'est pourquoi la **voie intramusculaire** est privilégiée. L'injection intramusculaire se fait généralement à la face antérolatérale de la cuisse. La posologie injectée est de 0,01 mg/kg sans dépasser 0,5 mg chez l'adulte et 0,3 mg chez l'enfant. Cette injection peut être répétée au bout de 5 minutes en l'absence d'amélioration clinique. L'adrénaline est présentée sous forme de stylo auto-injecteur ou sous forme d'ampoule de 1 mg. Dans le second cas, il est nécessaire d'utiliser des seringues de 1 ml pour procéder à la préparation.

Deux autres traitements médicamenteux peuvent être associés à l'adrénaline même si ceux-ci n'ont pas d'action sur les atteintes vitales. Ce sont :

- les **antihistaminiques H1** : ils constituent un traitement de seconde ligne et diminuent le prurit. Il est possible d'utiliser de la cétirizine 10 mg per os ou de la dexchlorphéniramine IV ;
- les **corticoïdes** : ils constituent également un traitement de seconde ligne vu leur long délai d'action (plusieurs heures). Ils permettent de diminuer les effets secondaires. La posologie administrée de méthylprednisolone est de 2 mg/kg par voie intraveineuse toutes les 6 heures ou une fois toutes les 24 heures pour les réactions modérées.

À ces traitements médicamenteux, une oxygénothérapie au masque à haute concentration est associée si besoin, à un débit initial de 15 litres/min, adapté à l'état clinique du patient et à la saturation en oxygène mesurée par l'oxymètre de pouls. Par ailleurs, la mise en place d'une voie veineuse permet de mettre en route rapidement une solution de remplissage par du NaCl 0,9 %.

Le patient est ensuite surveillé en milieu hospitalier en raison du risque de rebond. Il s'agit de réaction anaphylactique biphasique, survenant dans 1 à 20 % des cas.

À sa sortie de surveillance hospitalière (entre 6 et 24 heures), le patient est informé des symptômes de consultation en urgence. Il lui est remis une ordonnance d'antihistaminique H1 et de prednisone ou de prednisolone à la posologie de 1 mg/kg à prendre pendant 3 jours afin d'éviter les récidives.

Il est nécessaire ensuite d'identifier l'allergène pour éviter tout contact futur et prévenir les récidives par l'éviction de l'élément allergisant. Si l'allergène n'est pas bien connu, une consultation d'allergologie aide à identifier ce dernier et à déterminer les produits donnant une allergie croisée. Après ces tests, il est remis au patient une carte indiquant l'événement et les produits en cause. Le patient est en permanence en possession de ce document.

Par ailleurs, le patient est informé de manière éclairée de sa pathologie et des risques par son médecin traitant ou d'autres professionnels de santé qui l'aideront à reconnaître les signes cliniques suspects d'une récidive. Ces professionnels lui apprendront à se servir des stylos auto-injecteurs d'adrénaline (Anapen®, Epipen®, Jext®, Emerade®). Ce sont des stylos prêts à l'emploi et faciles d'utilisation ; il suffit de :

- enlever le capuchon du stylo ;
- appliquer le stylo contre la face externe de la cuisse à angle droit ;
- presser le stylo sur la cuisse pendant 10 secondes sans relâcher ;
- masser le point d'injection ;
- et appeler le SAMU en composant le 15.

Patient adulte présentant une défaillance cardiaque

Syndrome coronarien aigu

Un syndrome coronarien aigu (SCA) est une ischémie aiguë du myocarde [2]. Il se présente sous deux formes :

- infarctus avec élévation du segment ST (figure 30.2) : segment ST surélevé sur l'ECG dans, au moins, deux dérivations consécutives (permettant de définir le territoire occlus) en l'absence de bloc de branche gauche et d'hypertrophie du ventricule gauche ;
- infarctus sans élévation du segment ST : les anomalies qui caractérisent les élévations de ST sont absentes mais le dosage sanguin des troponines est élevé. Ce marqueur permet d'identifier une souffrance du myocarde. L'augmentation des troponines (I et T) n'est sensible qu'après la troisième heure. Il existe des faux positifs mais l'absence d'élévation de la troponine sur deux prélèvements à 4 heures d'intervalle a une forte valeur prédictive négative (99 %).

La différence entre ces deux formes entraîne des stratégies de prise en charge et de revascularisation différente.

La maladie coronarienne est la cause de plus de sept millions de décès par an dans le monde. Elle représente 13 % de

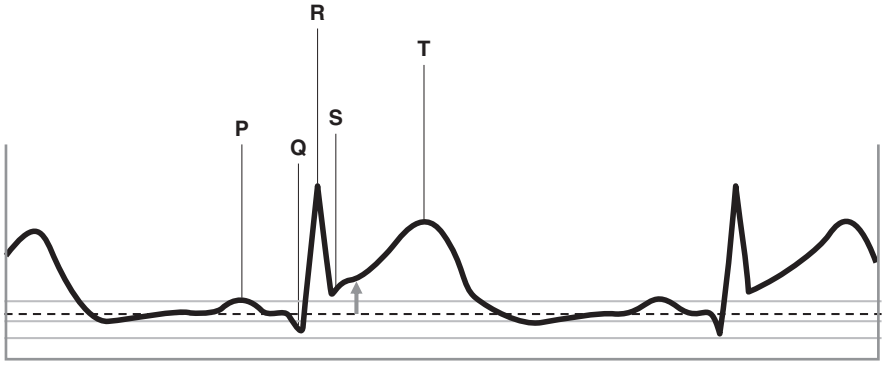


Fig. 30.2 ECG retrouvant un sus-décalage significatif du segment ST.

la mortalité globale. La prise en charge la plus précoce est la clé du pronostic du patient en termes de morbi-mortalité.

Les facteurs de risque de la maladie coronarienne sont les antécédents cardiovasculaires familiaux (surtout si les personnes touchées sont jeunes), l'âge, l'HTA, le tabagisme, le diabète, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, la sédentarité et le stress.

Le symptôme principal du SCA est la douleur thoracique, parfois épigastrique (infarctus inférieur). Cette douleur n'est pas toujours présente (5 à 10 % des cas), notamment chez les patients diabétiques.

La douleur peut être accompagnée de sueurs, de nausées, de vomissements, de sensation de malaise, d'une pâleur et d'une lipothymie. Dans les formes typiques, la douleur thoracique irradie dans la mâchoire et dans le bras gauche.

La douleur angineuse du syndrome coronarien aigu se distingue de l'angor d'effort par son apparition au repos, sa résistance aux dérivés nitrés et sa durée qui dépasse les 20 minutes [3]. Elle s'accompagne d'une sensation de mort imminente.

L'ECG est l'examen incontournable qui permet d'identifier la présence ou non d'un sus-décalage et de localiser le territoire atteint.

Le risque des syndromes coronariens aigus est la survenue de troubles du rythme cardiaque : bradycardies, tachycardies, fibrillations ventriculaires avec arrêt cardio-respiratoire. D'autres complications surviennent également : insuffisance cardiaque aiguë avec œdème aigu pulmonaire (OAP), état de choc [4]. Ces complications sont recherchées périodiquement (au moins toutes les 15 minutes) en mesurant les différentes constantes (fréquence cardiaque, pression artérielle, oxymétrie de pouls, fréquence respiratoire, auscultation cardiopulmonaire, EVA) et en répétant les tracés électrocardiographiques.

La prise en charge initiale d'un SCA est une course contre la montre. C'est pourquoi sa suspicion entraîne un appel immédiat au centre 15 pour une intervention urgente. En attendant l'arrivée d'une unité mobile de réanimation, il est nécessaire de :

- installer le patient en position demi-assise, le plus confortablement possible dans un lieu facile d'accès et permettant de tourner autour du patient ;
- réaliser le plus rapidement possible un ECG, si possible à 18 dérivations : 12 dérivations habituelles : D1, D2, D3, aVR, aVL, aVF et V1 à V6) et les dérivations V3R, V4R symétriques à V3, V4 ainsi que les dérivations V7 (entre V6 et V8), V8 qui se trouve à la même hauteur que V6 sous la pointe de l'omoplate et V9 entre V8 et la colonne vertébrale ;
- transmettre l'ECG au centre 15 en établissant un premier bilan de situation (constantes, signes de gravité) ;
- mettre en place un défibrillateur (soit scope-défibrillateur à disposition, soit défibrillateur de proximité ou celui apporté par les pompiers) ;
- poser une voie veineuse périphérique ;
- administrer de l'acide acétylsalicylique à la dose de 150 à 300 mg per os ou 150 mg IV. (en pratique courante, l'acide acétylsalicylique est administré en IV à 250 mg, ce qui correspond à demi-dose d'un flacon de 500 mg) ;
- en cas d'EVA de la douleur supérieure à 4, pratiquer un bolus de morphine à la dose de 0,05 mg/kg en IVD ou en SC puis une titration de 1 mg par 1 mg toutes les 5 à 10 minutes en cas de persistance de la douleur ;
- en cas d'OAP, injecter du furosémide à la dose de 20 mg à 40 mg IVD ou à dose égale à celle administrée quotidiennement chez un patient sous diurétiques. La trinitrine à 0,3 mg en sublingual est associée si la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 110 mmHg et en l'absence de signes d'infarctus droit, sans jamais dépasser trois bouffées ;
- l'oxygénothérapie est débutée en cas de détresse respiratoire et une saturation en oxygène évaluée par oxymètre de pouls inférieure à 90 % en air ambiant. L'objectif de saturation artérielle en oxygène est autour de 95 %.

Insuffisance cardiaque aiguë

L'insuffisance cardiaque aiguë est l'incapacité du cœur à vasculariser les différents organes par défaut de débit sanguin. Un dysfonctionnement du ventricule gauche perturbe sa contraction ou son remplissage entraînant une accumulation du sang en amont du cœur et au niveau pulmonaire, ce qui provoque un œdème aigu pulmonaire (OAP). Une hypoperfusion des différents organes par débit sanguin insuffisant est présente.

C'est une maladie fréquente, troisième cause de mortalité cardiovasculaire après les accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde.

Les patients faisant des poussées d'insuffisance cardiaque aiguë ont le plus souvent des antécédents de pathologie cardiaque ischémique ou rythmique (fibrillation auriculaire, trouble de la conduction, fraction d'éjection basse suite à une ischémie…), de pathologie valvulaire (rétrécissement aortique, insuffisance mitrale…), d'insuffisance cardiaque préexistante qui décompense par excès d'apport en sodium ou l'inobservance d'un traitement, de poussée d'HTA. D'autres facteurs peuvent être impliqués comme une infection (infection pulmonaire décompensant une insuffisance cardiaque chronique), une dysthyroïdie, une importante consommation de toxiques (forte consommation d'alcool ou de cocaïne), un pic de pollution atmosphérique.

De nombreux médicaments causent et aggravent une insuffisance cardiaque en [5] :

- diminuant la contractilité du muscle cardiaque comme les antiarythmiques ;
- altérant la fonction cardiaque comme les interférons, l'amiodarone et certains antitumoraux ;
- retenant eau et sodium comme les AINS, les opioïdes, les corticoïdes à fortes doses, les médicaments effervescents ;
- augmentant la fréquence cardiaque comme la caféine, les β_2-stimulants, les vasoconstricteurs décongestionnants rhinopharyngés ;
- augmentant la pression artérielle comme les AINS, les estroprogestatifs, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine.

Les symptômes associent une dyspnée brutale nocturne ou une dyspnée au moindre effort, une récupération plus longue après l'effort et une orthopnée. Les signes cliniques associent une turgescence jugulaire, un reflux hépato-

jugulaire, un galop auscultatoire, un battement cardiaque xiphoïdien, des œdèmes des membres inférieurs et une prise de poids de plus de 2 kg en une semaine.

Dans un contexte d'urgence, l'**OAP** est souvent un « coup de tonnerre dans un ciel calme » associant :

- une dyspnée soudaine, améliorée en position assise ou debout avec une augmentation de la fréquence respiratoire ;
- des crépitants pulmonaires bilatéraux et parfois des sibilants ;
- et parfois une expectoration mousseuse rosée.

L'examen clinique en urgence recherche les signes de gravité qui sont :

- des signes de détresse respiratoire aiguë : tachypnée avec fréquence respiratoire supérieure à 30/min, oxymétrie de pouls inférieure à 90 % d'oxygène en air ambiant, tirage, balancement thoraco-abdominal, signes d'hypercapnie avec sueurs profuses, somnolence et *flapping* et tachycardie supérieure à 130/min ;
- des signes de choc : pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg ou inférieure à 30 mmHg de celle mesurée habituellement, troubles de la conscience, marbrures ;
- des signes d'épuisement : bradypnée inférieure à 12 cycles/min avec des pauses respiratoires, des signes d'hypoxémie avec aggravation de la cyanose, confusion, incapacité à parler et bradycardie inférieure à 40/min.

La prise en charge d'un OAP en urgence repose sur les mesures suivantes :

- allonger le patient en position demi-assise, le plus confortablement possible dans un lieu facile d'accès et permettant de tourner autour de lui ;
- réaliser rapidement un ECG (si possible 18 dérivations) pour éliminer un SCA associé ;
- transmettre l'ECG au centre 15 en établissant un premier bilan de situation (constantes, signes de gravité) ;
- poser une voie veineuse périphérique ;
- administrer du furosémide à la dose de 40 mg IVD ou à la dose égale à celle administrée quotidiennement chez un patient sous diurétiques ;
- associer de la trinitrine à 0,3 mg en sublingual si la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 110 mmHg et sans dépasser trois bouffées ;
- débuter une oxygénothérapie en cas de détresse respiratoire et une saturation en oxygène évaluée par oxymètre de pouls inférieure à 90 % en air ambiant. L'objectif de saturation artérielle en oxygène est autour de 95 %.

Arrêt cardiorespiratoire

L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) est l'interruption brutale de la circulation et de la ventilation. Le pronostic est très sombre, la prise en charge est immédiate sur l'absence de respiration et de réponse verbale.

En France, le nombre d'ACR ambulatoires est d'approximativement 46 000 par an [6]. L'âge médian est de 68 ans et compte 63 % d'hommes. La plupart des ACR surviennent à domicile (75 %) et est dû à des causes médicales (88 %) dont la moitié sont des causes cardiovasculaires. Le taux de survie à 30 jours est de 4,9 % et augmente à 10,4 % lorsque la réanimation est effectuée immédiatement par un témoin au moment du collapsus.

Les causes d'arrêt cardiaque sont médicales ou d'origine traumatique. Les causes médicales se divisent en trois groupes : les cardiopathies pour 60 % dues principalement aux syndromes coronariens aigus, puis aux troubles du rythme, à l'insuffisance cardiaque réfractaire et aux intoxications médicamenteuses ; les hypoxies aiguës primitives pour 20 % dues aux détresses respiratoires d'origine pulmonaire (œdèmes aigus pulmonaires, bronchopneumopathies hypoxémiantes, asthme aigu grave…) ou aux détresses respiratoires d'origine neurologique ; et enfin les anomalies du système circulatoire avec l'hypertension artérielle maligne, les embolies pulmonaires graves, les hypovolémies aiguës (hémorragiques ou de déshydratation), les tamponnades. Les arrêts cardiaques traumatiques ne représentent que 12 % des arrêts cardiaques ambulatoires, dont les causes les plus fréquentes sont l'hypothermie, l'asphyxie, la noyade, les lésions myocardiques, les lésions bronchopulmonaires et les lésions cérébromédullaires.

Le patient est inconscient, ne répond pas aux stimulations verbales ni nociceptives et est en arrêt respiratoire (absence de mouvement thoraco-abdominal et absence de perception d'air expiré). L'absence de pouls carotidien est associée mais ce critère n'est pas nécessaire pour débuter les manœuvres de réanimation.

La chaîne de survie décrite par Cimmings en 1991 et décrite dans les recommandations européennes de 2021 [7] (figure 30.3) est à mettre en place.

Elle est composée de quatre maillons que sont la reconnaissance des signes d'arrêt cardiorespiratoire et l'alerte précoce, la réanimation cardiopulmonaire, la défibrillation précoce et la réanimation cardiopulmonaire spécialisée.

La reconnaissance des signes d'arrêt cardiorespiratoire repose avant tout sur l'absence de signes de vie caractérisée par un patient inconscient et sans mouvement respiratoire.

L'alerte est immédiatement donnée en composant le 15.

La réanimation cardiopulmonaire est commencée rapidement. Ne pas hésiter à demander de l'aide autour de soi si possible. Une personne prévient les secours, une personne débute la réanimation cardiopulmonaire, une personne récupère si possible un défibrillateur automatisé externe (DAE). Les gestes de réanimation sont très énergivores et nécessitent d'être au moins deux à se relayer au massage cardiaque externe, une personne utilisant un ballon autoremplisseur à 15 litres/min si celui-ci est disponible. En cas d'absence de matériel de ventilation, le bouche-à-bouche est proscrit et la réanimation cardiopulmonaire ne repose que sur le massage cardiaque externe (figure 30.4). Il s'effectue sur un plan dur, le patient étant en décubitus dorsal. La zone de compression est la ligne médiane de la face antérieure du sternum à sa partie inférieure. Le talon de la main est posé à deux travers de doigt au-dessus de la xiphoïde sternale, le talon de la deuxième main se pose sur le dos de la première. Les doigts des deux mains tendus ou entrecroisés sont perpendiculaires au grand axe du sternum du patient. Ils ne touchent pas les côtes de la victime pour éviter les risques de fracture. Les compressions sont exercées bras tendus, coudes bloqués et épaules à la verticale des mains. Chaque compression déprime le thorax de 5 à 6 cm. Le rythme est de 120 compressions par minute en alternant 30 compressions thoraciques et 2 ventilations artificielles.

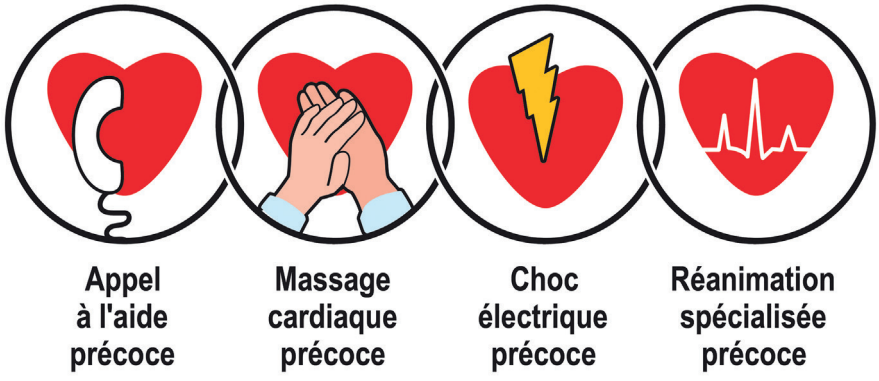


Fig. 30.3 Chaîne de survie. *Illustration de Carole Fumat. Médecine intensive - réanimation, urgences et défaillances viscérales aiguës,Cemir, 7e édition. Elsevier Masson 2021.*

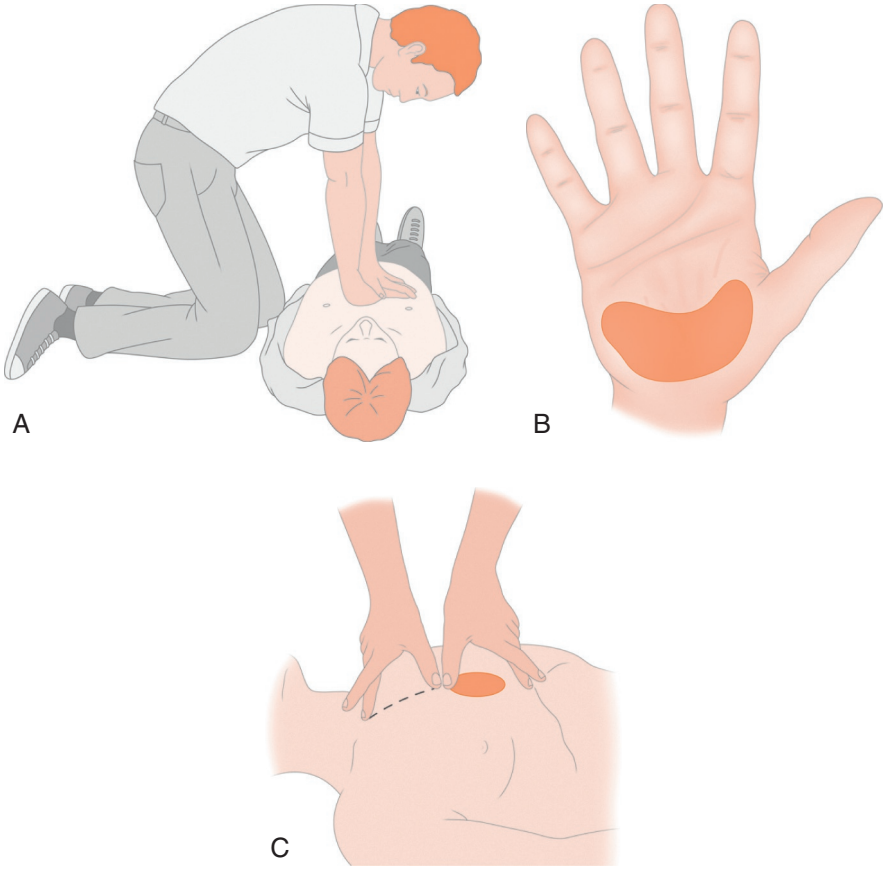


Fig. 30.4 Massage cardiaque externe. *Sabbah L (collectif). Le tout-en-un Révision IFSI. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2009. Tous droits réservés.*

La défibrillation précoce peut se faire grâce à un défibrillateur automatisé externe (DAE) à installer au plus vite. C'est la seule intervention qui a changé le pronostic de l'arrêt cardiorespiratoire, à un tel point que depuis le décret 2007-05 du 4 mai 2007 : « *Toute personne, même non-médecin, est habilitée à utiliser un défibrillateur automatisé externe.* »

Le défibrillateur automatisé externe est simple d'utilisation. Il se compose d'un boîtier relié à deux électrodes. Les deux électrodes doivent être disposées sur le patient en ACR. Le patient est dénudé afin de placer les électrodes conformément au schéma figurant sur le DAE. Le boîtier possède un bouton marche/arrêt qui doit être activé après la mise en place des électrodes. Il possède également un haut-parleur qui va guider son utilisateur pendant toute la procédure. Le DAE analyse le rythme cardiaque afin d'indiquer si un choc électrique externe est nécessaire.

Enfin la réanimation médicale spécialisée (figure 30.5) [7] associe : pose d'une voie d'abord vasculaire soit par un cathéter veineux périphérique, soit par une voie d'abord intraosseuse ; massage cardiaque ; ventilation ; recherche d'une cause curable à l'arrêt cardiaque. Dans les zones dites blanches, à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre, cette réanimation est débutée par un médecin correspondant SAMU (cf. encadré 30.1).

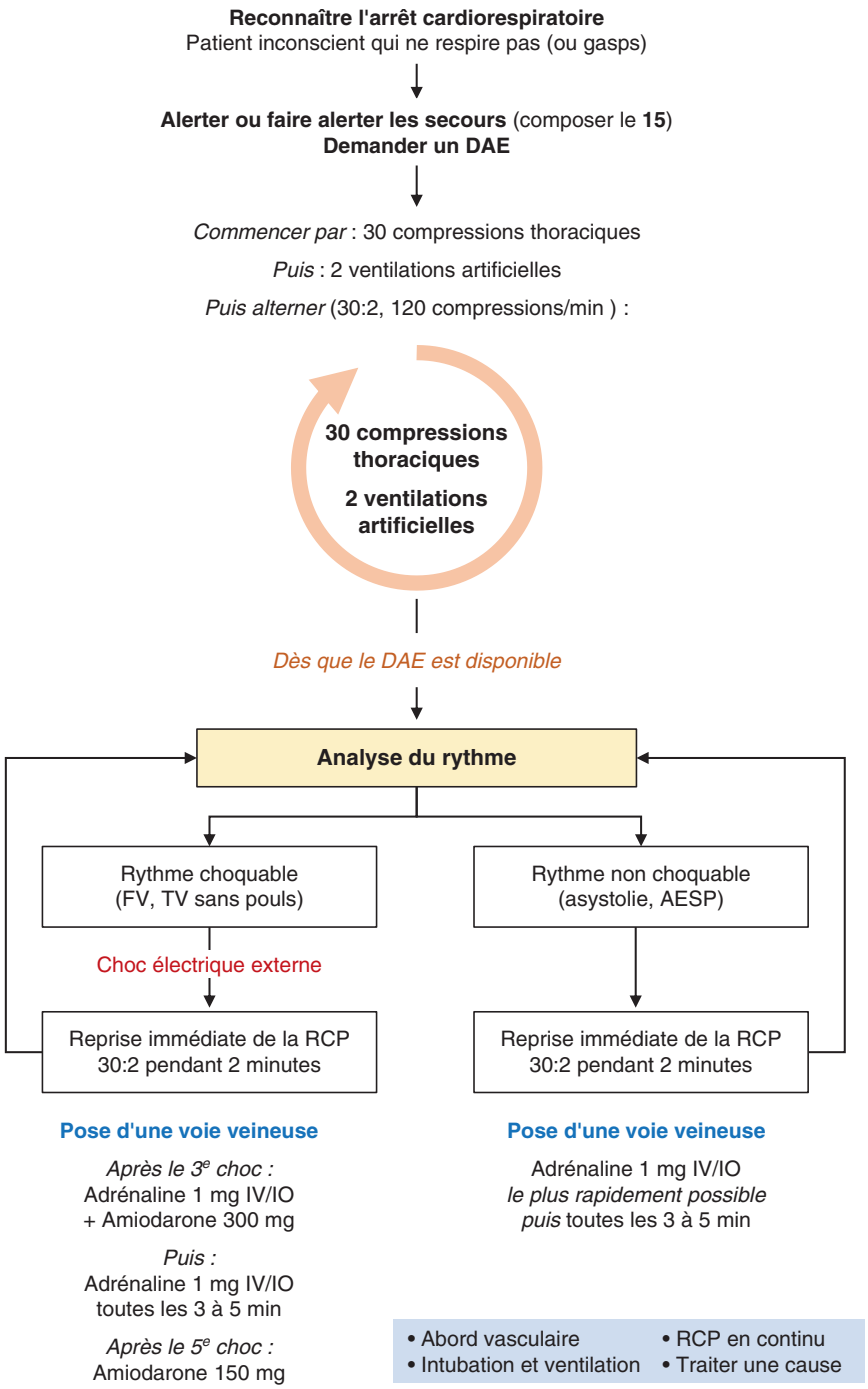


Fig. 30.5 Algorithme de la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire chez l'adulte (ERC, 2021). RCP : réanimation cardiorespiratoire ; DAE : défibrillateur automatisé externe ; FV : fibrillation ventriculaire ; TV : tachycardie ventriculaire ; AESP : activité électrique sans pouls ; IV : intraveineux ; IO : intraosseux. *(Adapté de : Soara J, Böttigerb BW, Carlic P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation 2021 ;161:115–51.)*

Patient adulte présentant une défaillance respiratoire

Asthme aigu grave

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches. La maladie asthmatique débute souvent dans la petite enfance. Les épreuves fonctionnelles respiratoires mettent en évidence un trouble ventilatoire complètement ou partiellement réversible.

L'asthme aigu grave ne fait pas l'objet de consensus dans sa définition. Il est souvent défini comme une crise inhabituelle menaçant le pronostic vital ou comme une

Encadré 30.1 **Médecin correspondant du SAMU**

Le médecin correspondant du SAMU (MCS) est un médecin de premier recours volontaire, formé et équipé pour répondre à l'urgence, qui participe à la mission de service public d'aide médicale urgente (AMU). C'est un relais médical qui intervient en attendant le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sur des situations reconnues comme nécessitant les compétences spécifiques. Le MCS exerce en lien direct avec le SAMU-Centre 15 dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes d'un SMUR terrestre. Dans ces territoires, il a été démontré que l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. La circulaire DHOS/O1 nº 2003-195 du 16 avril 2003 est le premier texte officiel reconnaissant l'intérêt d'un tel dispositif mais c'est l'arrêté du 12 février 2007 qui définit les missions et le cadre de ce dispositif [8].
Les missions du MCS sont toutes les situations nécessitant l'engagement d'un SMUR. Ce sont des situations d'urgences vitales ou traumatiques douloureuses. Ces situations nécessitent que le médecin généraliste qui est MCS quitte son cabinet immédiatement pour les gérer. Le SAMU déclenche systématiquement et simultanément, le MCS et le SMUR puis adapte après le premier bilan du MCS les moyens de transport nécessaires aux besoins du patient. Le MCS signe un contrat avec l'établissement siège du SAMU auquel il est rattaché. Ce contrat fixe les missions, les engagements de formation initiale et continue, les modalités de mise à disposition de matériels et de médicaments. En termes de responsabilité, le MCS est couvert par l'établissement siège du SAMU auquel il est lié par ce contrat tripartite (MCS-SAMU-ARS). Le MCS déclare également cette activité à l'organisme assurant sa responsabilité civile professionnelle (RCP).

crise d'asthme associée à une détresse respiratoire aiguë ne cédant pas au traitement bronchodilatateur employé en urgence.

Plus de 4 millions de personnes sont atteintes par l'asthme en France ; 15 à 20 % des asthmes de l'adulte sont d'origine professionnelle ; l'asthme est responsable de plus de 60 000 hospitalisations et d'environ 1 000 décès par an en France [9].

Les facteurs favorisants sont : une infection respiratoire haute ou basse dans 50 % des cas, une exposition massive à un allergène, des conditions météorologiques défavorables, une mauvaise observance de traitement, un facteur émotionnel.

La crise d'asthme est une dyspnée expiratoire sifflante avec des sibilants bilatéraux à l'auscultation des champs pulmonaires. Elle se traduit également par de la toux sèche, une oppression thoracique et une limitation variable du débit expiratoire de pointe (DEP).

Les critères de gravité d'un asthme aigu sont :
- une fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles/min chez l'adulte ;
- une impossibilité de parler ;
- une fréquence cardiaque supérieure à 120 bpm chez l'adulte ;
- des sueurs ;
- une cyanose ;
- une agitation ;
- un DEP < 33 % du meilleur score du patient ou de sa valeur théorique ;
- une orthopnée ;
- une contraction permanente des sternocléidomastoïdiens.

Les signes extrêmes sont :
- troubles de la conscience (confusion, coma) ;
- collapsus tensionnel ;
- troubles graves du rythme cardiaque ;
- bradypnée voire pause respiratoire ;
- silence auscultatoire.

L'intervention rapide auprès des patients décompensant une crise d'asthme permet une prise en charge optimale qui nécessite :
- de faire le diagnostic de gravité ;
- d'appeler le 15 pour établir un premier bilan avec les éléments de gravité permettant l'envoi d'une unité mobile de réanimation ;
- de débuter rapidement et en continu des aérosols associant salbutamol ou terbutaline et ipratropium. Les β_2-stimulants sont le traitement de référence : salbutamol 5 mg ou terbutaline 5 mg en aérosol pendant 15 minutes à administrer 4 fois la première heure en le mélangeant au bromure d'ipratropium à la dose de 0,5 mg. Pour que les nébulisations soient efficaces, le débit d'O_2 sera réglé entre 6 et 8 litres/min ;
- d'associer une corticothérapie soit par voie orale, par exemple prednisolone 1 mg/kg, soit si elle est impossible, par voie intraveineuse, méthylprednisolone 1 mg/kg ;
- de mettre en place une voie veineuse périphérique ;
- de poursuivre une surveillance continue du patient en attendant l'unité mobile de réanimation : état de conscience, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, débit expiratoire de pointe, état clinique général (amélioration ou dégradation).

L'anticipation permet de réduire le nombre d'hospitalisation et la mortalité. Une prise en charge globale du patient en expliquant l'intérêt de l'observance du traitement et les éléments essentiels de la maladie est primordiale. Le médecin généraliste s'assure de la bonne utilisation du système d'inhalation par le patient ainsi que la connaissance des symptômes d'exacerbation et de l'utilisation du DEP. Il rappelle les facteurs de risque d'exacerbation comme le tabagisme, la sédentarité et la prise de poids. Il identifie avec le patient les facteurs de risque de récidive liés au terrain : l'asthme ancien, l'asthme instable, l'asthme sous-traité et l'asthme déjà hospitalisé pour crise grave. Enfin, il informe le patient des critères qui définissent un syndrome de menace d'asthme aigu grave que sont l'augmentation de la fréquence et de la sévérité de la crise, la moindre sensibilité aux thérapeutiques usuelles et les épisodes intercritiques de moins en moins asymptomatiques. Tous ces éléments permettent d'identifier la crise en préparation et de la prendre en charge plus rapidement pour éviter l'hospitalisation.

Insuffisance respiratoire aiguë infectieuse

L'insuffisance respiratoire aiguë est l'incapacité brutale du système respiratoire à assurer une hématose satisfaisante (besoins en oxygène/apports en oxygène).

Les bronchopneumonies infectieuses à l'origine d'une insuffisance respiratoire aiguë sont principalement des exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), des pneumonies aiguës communautaires (PAC) et des pneumopathies virales, plus particulièrement celles dues au virus de la COVID-19.

L'insuffisance respiratoire aiguë compliquant une BPCO est fréquente et représentait 60 % des insuffisances respiratoires aiguës hospitalisées en réanimation en 2019. La PAC a une incidence en France de 400 000 à 600 000 cas par an et une mortalité moyenne de 15 % [10].

Depuis l'hiver 2019–2020, le coronavirus SARS-CoV-2 est également parfois la cause d'une infection respiratoire aiguë. La gravité est très variable selon les personnes (asymptomatique, simple infection respiratoire associant fièvre et toux, formes sévères pouvant aller jusqu'à une détresse respiratoire aiguë). Cette pandémie a mis le système de santé mondial en tension en saturant les lits d'hospitalisation et de réanimation.

Pour le médecin de premier recours, le diagnostic est avant tout clinique et repose sur la présence d'un syndrome infectieux et de signes respiratoires associant fièvre souvent supérieure à 38,5 °C, frissons, toux, dyspnée, parfois douleur thoracique et signes auscultatoires qui peuvent aller des râles crépitants unilatéraux dans la pneumopathie franche lobaire aiguë aux ronchus et sibilants diffus dans les exacerbations de BPCO. Deux signes ont une spécificité élevée d'infection à SARS-CoV-2 (95 % et 99 %) : l'anosmie et l'agueusie brutale sans obstruction nasale associée.

L'évaluation de la gravité est essentiellement clinique et repose sur les critères suivants :

- une fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles/min ;
- une fréquence cardiaque supérieure à 120 bpm ;
- des sueurs ;
- une cyanose ;
- des marbrures ;
- une oligurie ;
- des troubles du comportement ;
- un astérixis ;
- l'utilisation des muscles respiratoires accessoires ;
- une respiration paradoxale.

Les signes extrêmes sont :

- troubles de la conscience (confusion, coma) ;
- état de choc.

Plusieurs scores ont été élaborés pour évaluer la gravité dont les plus connus sont le score de Fine (complexe et peu utile au médecin généraliste) et le score de CURB 65 (*Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure*, *Age* > *65*). Le score de CURB 65 [11] simplifié, ou CRB 65, propose une évaluation sans examen paraclinique et a toute sa place en médecine ambulatoire. Les éléments du CRB 65 sont :

- la confusion mentale ;
- la fréquence respiratoire supérieure ou égale à 30 cycles/min ;
- la pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg ou diastolique inférieure ou égale à 60 mmHg ;
- l'âge supérieur à 65 ans.

En dehors de l'âge, la présence d'un facteur nécessite un transport aux urgences, quand trois facteurs sont associés, l'hospitalisation doit être sans délai.

Dans un contexte de décompensation respiratoire, il est impératif que les soignants se protègent en portant un équipement de protection individuelle (EPI). En plus des gants jetables, du masque chirurgical que le soignant porte quand il intervient sur une urgence vitale, un masque FFP2 est utilisé devant une décompensation respiratoire. En cas de forte suspicion d'infection par la COVID-19, une combinaison intégrale peut être revêtue ainsi que des lunettes de protection.

Dans ce contexte de détresse respiratoire, il est important de relever les critères de gravité afin de donner un premier bilan à la régulation du SAMU pouvant justifier l'envoi d'une unité mobile de réanimation, puis en attendant :

- l'oxygénothérapie par masque à haute concentration à 15 litres/min est mise en route sans attendre afin de limiter l'hypoxémie et réduire l'intensité de la dyspnée avec un objectif de saturation en oxygène supérieure à 92 % ;
- le patient est perfusé par du sérum physiologique afin d'avoir une voie d'abord périphérique ;
- des aérosols de β_2-stimulants associés aux anticholinergiques peuvent être débutés en cas de décompensation de BPCO ;
- une antibiothérapie n'est pas mise en place en urgence avant d'avoir affirmé le diagnostic, sauf en cas de choc septique (ceftriaxone 1 g par voie IVD).

Embolie pulmonaire

L'embolie pulmonaire est une obstruction d'une artère pulmonaire ou d'une de ses branches le plus souvent par un thrombus sanguin.

Les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires sont des pathologies fréquentes (cf. chapitre 14). L'incidence de l'embolie pulmonaire est de 60 cas pour 100 000 personnes par an en France. Cette incidence est probablement sous-estimée étant donné que la recherche d'une embolie pulmonaire dans une thrombose veineuse profonde sur deux est positive et asymptomatique au niveau pulmonaire.

Les facteurs de risque thromboembolique sont nombreux et certains événements sont déclenchants :

- 15 à 30 % suite à une chirurgie récente (principalement orthopédique) ;
- 15 à 30 % lors d'un cancer ;
- 10 % après un traumatisme ou une contention plâtrée ;
- 10 % après un accident vasculaire cérébral ;
- 1 à 3 % après un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, une maladie infectieuse, une grossesse.

D'autres éléments exposent à un risque accru comme l'âge (risque doublant à chaque décennie après 40 ans), le surpoids, les antécédents personnels ou familiaux de maladie thromboembolique, les thrombophilies, le tabac et certains médicaments dont les estroprogestatifs.

Les signes cliniques ne sont pas suffisants pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire. Il est principalement évoqué chez un patient brutalement dyspnéique avec une douleur thoracique surtout dans un contexte de thrombose veineuse profonde. D'autres signes comme

la toux, une syncope, une hémoptysie, une tachycardie, une fièvre > 38,5 °C ou un état de choc peuvent être aussi présents.

La probabilité clinique est estimée par le score de Wells pour les embolies pulmonaires(qui est différent du score de Wells pour les thromboses veineuses profondes) [12] ; il comporte sept éléments (tableau 30.1).

En complément, un électrocardiogramme est réalisé qui retrouve des anomalies dans 60 % des cas, non spécifiques. Il s'agit d'une tachycardie sinusale, des signes de cœur pulmonaire aigu (déviation axiale droite du QRS, bloc de branche droit, S1Q3, troubles de la repolarisation dans les précordiales droites), des troubles de la repolarisation aspécifique.

Cette affection est grave et potentiellement mortelle. Les embolies pulmonaires massives sont des urgences vitales. Les critères sont :

- une dyspnée brutale et importante ;
- une fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles/min ;
- une fréquence cardiaque supérieure à 120 bpm ;
- une cyanose ;
- une pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 90 mmHg ou une chute de la PAS d'au moins 40 mmHg sans autre cause.

Dans ce contexte d'embolie pulmonaire massive, il est important de relever les critères de gravité afin de donner un premier bilan à la régulation du SAMU pouvant justifier l'envoi d'une unité mobile de réanimation, en attendant :

- le patient est installé en position demi-assise ;
- l'oxygénothérapie est mise en route sans attendre, afin de limiter l'hypoxémie avec comme objectif une saturation en oxygène à 95 % ;
- le patient est perfusé par du sérum physiologique afin d'avoir une voie d'abord périphérique ;
- une héparine non fractionnée peut être injectée sans attendre sur les conseils du médecin régulateur du SAMU à la posologie de 80 UI/kg en IVD sans dépasser 5 000 UI.

Tableau 30.1 Score de Wells pour l'embolie pulmonaire.

	Points
Signes cliniques de thrombose veineuse profonde	3
Probabilité empirique d'embolie pulmonaire estimée plus grande que celle d'une autre affection à tableau clinique proche	3
Fréquence cardiaque supérieure à 100 bpm	1,5
Immobilisation prolongée ou chirurgie dans les 4 semaines précédentes	1,5
Antécédent de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire	1,5
Hémoptysie	1
Cancer en cours de traitement ou traité dans les 6 derniers mois	1
La somme des points définit un score permettant d'obtenir la probabilité clinique d'embolie pulmonaire : – Score inférieur à 2 : probabilité faible, inférieure à 5 % – Score entre 2 et 6 : probabilité intermédiaire, entre 20 % et 30 % – Score supérieur à 6 : probabilité forte, supérieure à 60 %	

À la sortie d'hospitalisation, il est nécessaire que le patient comprenne l'intérêt du traitement et le risque de récidives. Une anticoagulation est justifiée pendant au moins 3 mois. Le patient est informé du risque hémorragique lié au traitement anticoagulant. Les consignes en cas d'oubli d'une prise de traitement sont données : signaler la présence de l'anticoagulant avant l'instauration d'un nouveau traitement ou avant une intervention (dentiste, chirurgie), reconnaître les signes hémorragiques (hématomes, hématurie, épistaxis, gingivorragies).

Patient adulte présentant une défaillance volémique (hémorragique ou non)

La défaillance volémique, ou état de choc, est une urgence vitale dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement [13].

L'état de choc est une insuffisance de perfusion tissulaire le plus souvent consécutive à une défaillance hémodynamique définie par une hypotension artérielle avec une pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg. Le premier signe de l'état de choc est la tachycardie qui permet de maintenir une pression artérielle faussement rassurante. Dans un premier temps, l'état de choc est compensé : la chute du débit cardiaque et du retour veineux stimule des barorécepteurs et des volorécepteurs, ce qui permet une adaptation par augmentation de la fréquence cardiaque et par une vasoconstriction périphérique. Puis survient l'état de choc décompensé : les systèmes d'adaptation sont dépassés, ce qui entraîne une hypoxie tissulaire et engendre progressivement une insuffisance multiviscérale.

Parmi les défaillances volémiques, le choc hémorragique traumatique est à l'origine de 40 à 50 % de la mortalité liée au traumatisme grave et représente la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 5 à 44 ans [14].

La défaillance volémique est due soit à une perte liquidienne soit à une hémorragie, ce qui permet de distinguer :

- le choc hémorragique, dû à une hémorragie extériorisée comme l'hématémèse, le méléna ou une lésion traumatique artérielle, veineuse, cutanée ou musculaire ou à une hémorragie interne (hémothorax, hémopéritoine due à une rupture de foie ou de rate, rupture traumatique rénale ou fracture d'os longs entraînant un saignement important comme le fémur) ; il est retrouvé principalement chez les polytraumatisés (chute d'une hauteur, accident de la voie publique…) ;
- le choc par déshydratation, dans le cas de diarrhées profuses, vomissements incoercibles, brûlures étendues, présence d'un troisième secteur avec séquestration liquidienne dans un contexte d'occlusion intestinale aiguë, polyurie osmotique (diabète sucré et diabète insipide) et d'hypoprotidémie majeure en cas de cirrhose hépatique ou de syndrome néphrotique.

Le diagnostic d'état de choc est clinique. La tachycardie est le signe précurseur des états de choc avec la vasoconstriction périphérique entraînant des marbrures des extrémités qui sont froides et cyanosées. Puis survient une hypotension artérielle systolique avec une différentielle « pincée » (écart faible entre la systole et la diastole)

et un pouls plus ou moins bien perçu. Les patients sous bêtabloquants peuvent avoir une fréquence cardiaque normale. En cas de choc hémorragique, une hémorragie extériorisée, une pâleur et une décoloration conjonctivale sont associées.

Puis intervient la défaillance multiviscérale qui se traduit par :

- une atteinte respiratoire avec polypnée supérieure à 30 cycles/min voire des sueurs ;
- une atteinte rénale avec oligoanurie (diurèse horaire inférieure à 20 ml) ;
- une atteinte neurologique avec anxiété et troubles psychiques pouvant égarer le diagnostic et encéphalopathie ;
- une atteinte hépatique avec signes d'insuffisance hépatique et ictère ;
- une atteinte hématologique avec purpura et hémorragies.

La gravité de l'état de choc est proportionnelle au nombre de défaillances d'organes. Le pronostic est fonction de la précocité du traitement symptomatique et de l'étiologie de l'état de choc.

Cette urgence vitale majeure ne doit pas souffrir d'un retard diagnostique ni thérapeutique. Un appel au centre 15 est réalisé pour un premier bilan. L'objectif thérapeutique est de rétablir, le plus précocement possible, une perfusion tissulaire en luttant contre l'hypovolémie et l'hypoperfusion. Pour cela, le médecin généraliste :

- place le patient en décubitus dorsal les membres inférieurs surélevés dans un milieu protégé avec une couverture chauffante ;
- en cas de choc hémorragique, pratique si nécessaire les gestes d'hémostase d'urgence : compression ou garrot à un travers de main de la plaie ;
- met en place l'oxygénothérapie au masque à haute concentration avec une saturation en oxygène supérieure à 95 % comme objectif ;
- met en place si possible deux voies veineuses périphériques de gros calibre (supérieur ou égal à 16 G) ;
- procède au remplissage du patient par du sérum physiologique en débit libre avec comme objectif 500 ml en 15 minutes à renouveler jusqu'à 1 500 ml ;
- anticipe la demande de transfusion sanguine si le délai de transport est important (unité mobile de réanimation pouvant intervenir avec des culots globulaires de groupe O négatif) ;
- en cas de choc hémorragique, injecte de l'acide tranexamique 1 g IV sur 10 minutes à la demande du régulateur du SAMU ;
- surveille régulièrement, toutes les 5 minutes, les paramètres vitaux (PA, FC, FR, $SatO_2$ et état de conscience).

Les gestes effectués, les produits délivrés ainsi que la surveillance sont tracés sur une fiche bilan permettant de faire une transmission la plus précise possible à l'arrivée de l'unité mobile de réanimation.

Patient adulte présentant une défaillance neurologique

La défaillance neurologique abordée ici est le coma, qui représente la principale urgence vitale neurologique auquel le médecin généraliste est confronté. Le coma associe une absence d'ouverture des yeux, une absence de la parole et une absence de motricité volontaire. Les causes de coma sont nombreuses : elles peuvent être neurologiques, infectieuses, métaboliques, endocriniennes, thermiques, toxiques, professionnelles. Trois d'entre elles sont abordées car elles constituent les causes de coma les plus fréquentes pour lesquelles l'action du médecin généraliste permet une valeur ajoutée lors de la prise en charge.

Par hypoglycémie

Devant tout malaise, tout trouble neurologique ou tout trouble de la conscience, le dosage de la glycémie capillaire est systématique.

L'hypoglycémie est définie par une série de signes s'inscrivant dans la triade de Whipple [15] qui correspond à la présence de signes neuroglycopéniques, d'une glycémie basse et d'une normalisation des symptômes avec la normalisation de la glycémie.

On peut citer deux groupes d'hypoglycémie :

- les hypoglycémies chez les patients diabétiques : ce sont des patients traités par insuline, par des sulfamides hypoglycémiants. Pour les patients traités par insuline, les causes d'hypoglycémies sont nombreuses : erreur de posologie de l'insuline, repas sauté, injection intramusculaire ou sous-cutanée accidentelle ou délibérée (autolyse), effort physique intense, insuffisance rénale aiguë, alcoolisation. Les hypoglycémies sous sulfamides ou glinides sont possibles par mauvaise indication, erreur diététique, posologie trop élevée, insuffisance rénale ou hépatique, alcoolisation. Un certain nombre de médicaments potentialise l'action hypoglycémiante des sulfamides comme le miconazole, le cotrimoxazole, les AINS, les fibrates et tous les traitements pouvant induire une insuffisance rénale ;
- les hypoglycémies chez les patients non diabétiques restent exceptionnelles. Si le patient n'est pas diabétique, une intoxication volontaire par hypoglycémiant est à envisager. Ces patients travaillent dans le milieu médical ou sont des proches de personnes sous insuline, sulfamides ou glinides.

Le diagnostic est établi à partir d'une glycémie capillaire inférieure à 2,8 mmol/l [0,5 g/l] associée à :

- des signes neuroglycopéniques : céphalées, troubles de la conscience, trouble du comportement à type d'agressivité pouvant être confondu avec des troubles psychiatriques, troubles moteurs comme une hémiparésie ou une diplopie, un trismus, une hypertonie, un signe de Babinski bilatéral, troubles sensitifs comme des paresthésies des membres et péribuccales, convulsions focales ou généralisées ;
- des signes neurovégétatifs : anxiété, tremblements, nausées, sensation de faim désagréable, sueurs profuses, pâleur, palpitations, tachycardie, poussée hypertensive, angor et trouble du rythme.

Les formes les plus sévères d'hypoglycémie sont le coma hypoglycémique qui peut être brutal, de profondeur variable avec une agitation associée à des sueurs. Ces formes sévères peuvent se compliquer par une pneumopathie d'inhalation à rechercher systématiquement. Les comas hypoglycémiques pris en charge tardivement peuvent être à l'origine de séquelles neurologiques graves.

Dans la situation d'un coma hypoglycémique :
- le patient est mis en position latérale de sécurité, sauf en cas de traumatisme ou avec un collier cervical ;
- une libération des voies aériennes supérieures est assurée ;
- le patient est perfusé avec un cathéter périphérique de bon calibre (minimum 18 G) puis une ampoule de sérum glucosé à 30 % 6 g/20 ml est injectée. L'efficacité du traitement est appréciée par le réveil du patient. Si le coma persiste, il est possible d'injecter une autre ampoule. Après 12 g sans amélioration de l'état de conscience, le diagnostic est remis en question. Si la voie veineuse est impossible, chez le patient diabétique, il est possible d'injecter une ampoule de glucagon (Glucapen® ou Glucagenkit® 1 mg/ml) en IM ou en SC. Ce traitement est souvent disponible chez les patients insulinodépendants, il peut être conseillé par le médecin régulateur aux proches du patient qui ont été formés à cette injection. L'inconvénient du glucagon est qu'il doit être stocké au réfrigérateur ; en outre, il ne peut pas être injecté chez les patients sous sulfamides et en cas d'alcoolisme chronique pour son effet insulinosécréteur risquant d'aggraver l'hypoglycémie ;
- depuis fin 2021, le glucagon est disponible en poudre pour pulvérisation nasale (Baqsimi®). Son efficacité est équivalente à celle de la voie injectable. Cette forme galénique permet une utilisation plus simple pour les non-soignants et n'a pas besoin d'être conservé au réfrigérateur. Le seul problème au 24 février 2022 est que cette pulvérisation nasale est chère et non remboursée par l'Assurance Maladie ;
- la surveillance par glycémie capillaire est répétée ainsi que la surveillance des autres constantes vitales (PA, FC, FR, $SatO_2$ et état de conscience) ;
- en cas de chute, s'assurer par un bilan lésionnel de l'absence de fractures, luxations, dermabrasions et autres plaies.

Afin d'éviter cet événement délétère, tout patient diabétique sous traitement hypoglycémiant ou sous insuline est informé des signes et des risques d'hypoglycémie. Son entourage et lui-même sont formés à la surveillance par glycémie capillaire et aux moyens de resucrage à mettre en œuvre en cas d'hypoglycémie. Tout nouvel événement d'hypoglycémie sévère nécessite de revoir avec le patient et son entourage, les causes de cet événement et de renforcer l'autonomisation du patient par une démarche d'éducation thérapeutique.

Par intoxication aiguë médicamenteuse

L'intoxication aiguë médicamenteuse est une intoxication volontaire ou accidentelle par une prise massive de médicaments. Cette intoxication est souvent polymédicamenteuse. Elle entraîne lors d'ingestion d'opioïdes ou d'anxiolytiques, des troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma. Les intoxications aiguës médicamenteuses volontaires sont fréquentes et probablement sous-estimées car souvent non diagnostiquées et non signalées. En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a enregistré 345 814 cas de décès par intoxication dans le monde soit 5,4 décès pour 100 000 habitants [16]. En France, en 2006, les données des centres antipoison et de toxicovigilance rapportent que les cas d'exposition à un toxique sont pharmaceutiques dans 28 % des cas, volontaires dans 14,1 % des cas, dont 92,6 % en lien avec une conduite suicidaire. Le paracétamol est le médicament le plus souvent utilisé [17]. La mortalité globale des intoxications médicamenteuses volontaires est inférieure à 1 % mais peut dépasser 10 % avec certaines substances cardiotoxiques.

Face à une intoxication médicamenteuse volontaire, la gravité immédiate et potentielle de l'intoxication est à établir pour adapter la prise en charge et l'orientation du patient. Cette évaluation initiale repose sur l'examen clinique du patient et l'interrogatoire « policier » de l'entourage ou des témoins quand le patient est inconscient.

L'examen clinique est précis, systématique, répété et consigné par écrit pour évaluer l'évolution clinique. Il permet au médecin généraliste de donner les informations essentielles au médecin régulateur du SAMU pour préparer la suite de la prise en charge du patient. Cet examen clinique permet également une orientation étiologique. L'examen est sommaire en premier lieu, recherchant par une évaluation rapide les signes de détresse vitale :
- examen neurologique rapide (état de conscience avec réalisation du score de Glasgow, recherche de céphalées, examen des pupilles, raideur de nuque, recherche des réflexes ostéotendineux, interrogatoire sur la prise des toxiques si le patient est conscient) ;
- examen cardiovasculaire associant la fréquence cardiaque, la prise de pression artérielle, une auscultation cardiopulmonaire rapide et la réalisation d'un ECG en urgence à la recherche de troubles de la conduction ou du rythme ;
- examen respiratoire déterminant la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène ;
- température corporelle ;
- glycémie capillaire essentielle en cas d'intoxication et de coma ;
- palpation abdominale à la recherche d'un abdomen aigu ou d'un globe vésical.

Cet examen est répété car un patient asymptomatique ou pauci-symptomatique peut rapidement s'aggraver. Les critères de gravité cliniques et électrocardiographiques sont recherchés systématiquement :
- agitation extrême ou hallucinations nécessitant une contention à cause des risques de traumatisme, de fugue ou de passage à l'acte ;
- coma, convulsions ;
- hypothermie ou hyperthermie ;
- tachycardie ou bradycardie, notamment celle qui ne répond pas à l'atropine ;
- collapsus cardiovasculaire ;
- marbrures ou cyanose ;
- tachypnée ou bradypnée ;
- hypoxie ;
- hypoglycémie ;
- signes ECG retrouvant un allongement du QT, un allongement du QRS supérieur à 0,16 s, une arythmie ventriculaire, des troubles de la conduction auriculoventriculaire.

L'évaluation de la gravité tient compte de l'état clinique du patient en se méfiant des intoxications avec des patients conscients ayant ingéré massivement des cardiotropes ou du paracétamol. Il est également essentiel de se méfier des intoxications au CO notamment pour les premiers secours (port d'un détecteur de CO indispensable).

Après avoir évalué le degré d'urgence et avoir transmis un bilan « flash » au SAMU, le rôle du médecin généraliste devant un coma dont l'origine est une intoxication médicamenteuse volontaire est de :

- procéder à la liberté des voies aériennes supérieures et à la mise du patient en position latérale de sécurité ;
- mettre le patient à l'abri et le réchauffer en cas d'hypothermie (couverture de survie, mise en route du chauffage dans les cellules mobiles) ;
- mettre en place un masque à haute concentration et débuter une oxygénothérapie afin que l'oxymétrie de pouls soit supérieure à 95 % ;
- mettre en place un défibrillateur automatisé externe afin de détecter les arythmies ventriculaires et de procéder à un choc électrique externe en cas de mauvaise tolérance hémodynamique ;
- mettre en place une à deux voies veineuses périphériques et débuter un remplissage par du NaCl 0,9 % adapté à l'hémodynamique ;
- envisager certains traitements spécifiques au cas par cas en collaboration avec le médecin régulateur en attendant l'unité mobile de réanimation, comme par exemple :
  - injection de Glucosé 30 % pour les intoxications aux sulfamides et à l'insuline ;
  - injection de naloxone pour les intoxications aux opiacées à la dose de 0,1 mg par 0,1 mg IVL toutes les 2 minutes sans dépasser 2 mg avec comme objectif une fréquence respiratoire supérieure à 12 cycles/min ;
  - injection de flumazénil à la posologie de 0,1 mg par 0,1 mg toutes les 2 minutes en IVL jusqu'à disparition des troubles respiratoires en évitant le réveil complet (risque d'agitation) dans les intoxications aux benzodiazépines, à condition d'être certain que c'est une intoxication uniquement aux benzodiazépines en raison du risque de convulsions graves ;
  - injection d'atropine en cas de bradycardie à la posologie de 0,5 mg en IVL, à répéter toutes les 3 minutes jusqu'à 3 mg. En cas de mauvaise réponse (intoxications aux bêtabloquants ou inhibiteurs calciques), l'utilisation d'adrénaline IV à la posologie de 1 mg par 1 mg toutes les 5 minutes est utile, indication à valider avec le médecin régulateur ;
  - oxygénothérapie au masque à haute concentration à 15 litres/min quelle que soit l'oxymétrie de pouls pour les intoxications au CO ;
  - en cas de convulsions supérieures à 5 minutes, injection de diazépam par voie intrarectale 10 mg chez l'adulte à renouveler 5 minutes plus tard si persistance des convulsions ;
  - en cas de vomissements sévères, injection de métoclopramide 10 mg IV à répéter jusqu'à la dose maximale de 1 mg/kg ;
  - en cas d'hyperthermie, refroidissement externe en découvrant le patient, en mouillant sa peau et en utilisant un ventilateur pour brasser l'air en plus d'une réhydratation large.

Par crise convulsive

La crise convulsive est un dysfonctionnement cérébral dû à l'hyperexcitabilité et à la décharge excessive de neurones. La crise d'épilepsie, crise convulsive unique, est à distinguer de l'état de mal convulsif qui met en jeu le pronostic vital : c'est la prolongation des convulsions au-delà de 5 à 10 minutes ou la répétition de trois crises convulsives sans reprise de la conscience.

La crise convulsive est une pathologie fréquente. Le risque en population générale de présenter une crise convulsive est de 5 %. Dans le cadre d'une première crise convulsive, aucune cause n'est retrouvée dans 27 à 40 % des cas. L'étiologie la plus fréquente est l'éthylisme chronique (18 à 25 % des cas) puis les causes vasculaires cérébrales (10 à 18 % des cas), les causes toxiques (3 à 8 % des cas), les causes métaboliques surtout les hypoglycémies et les hyponatrémies (2 à 8 % des cas), les causes associées à des démences et des tumeurs cérébrales dans 4 % des cas et les causes infectieuses dans environ 2 % des cas (abcès et méningites) [18].

Le diagnostic des crises d'épilepsie est clinique. La crise convulsive généralisée de survenue brutale, sans prodrome, avec perte de connaissance nécessite une intervention en urgence. Trois phases cliniques se succèdent, une phase tonique avec apnée, une phase clonique et une phase résolutive avec un coma. Cette crise s'accompagne, de manière inconstante, de morsure sur les bords latéraux de la langue, de perte d'urine ou de matières fécales et d'une amnésie postcritique.

En urgence, il est nécessaire de :

- libérer les voies aériennes supérieures et éviter les morsures de langue ;
- éviter que le patient ne se blesse en écartant tous les objets dangereux. La mise du patient en position latérale de sécurité est compliquée en phase clonique et est effectuée dès que possible. La mise en place d'une canule de Guedel est controversée ;
- éviter la contention ;
- évaluer les paramètres vitaux dans la mesure du possible, mais c'est difficile en phase clonique (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, oxymétrie de pouls, pression artérielle, température et glycémie capillaire) ;
- injection de diazépam par voie intrarectale 10 mg chez l'adulte à répéter au bout 5 minutes si persistance de la crise ;
- oxygénothérapie au masque à haute concentration avec comme objectif une saturation en oxygène à 95 % ;
- mise en place d'une voie veineuse périphérique avec NaCl 0,9 % en garde-veine si possible.

Patient adulte présentant une défaillance septique

Choc septique

Le sepsis est défini par des éléments cliniques et biologiques (fréquence cardiaque > 90 bpm, fréquence respiratoire > 20 cycles/min, température > 38 °C ou < 36 °C, leucocytes > 12 000/mm^3 ou < 4 000/mm^3). C'est une réaction inflammatoire face à une infection globale. Selon la sévérité clinique, la situation peut évoluer en sepsis sévère quand s'associent hypotension artérielle (PAS < 90 mmHg ou chute de 40 mmHg par rapport à la pression artérielle habituelle) et défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes (insuffisance

respiratoire, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, altération des fonctions supérieures…). Enfin, il évolue vers un choc septique quand un sepsis sévère est associé à une hypotension artérielle (PAS < 90 mmHg) persistante (> 1 heure) et réfractaire à un remplissage volémique adapté (> 500 ml soit 40 à 60 ml/kg de NaCl 0,9 %) ou nécessitant l'utilisation de vasopresseurs (dopamine, adrénaline, noradrénaline) [19].

L'incidence des formes graves (sepsis sévère, choc septique) représente 50 à 95 cas pour 100 000 habitants ; 2 % des hospitalisations sont dues à des infections graves ; 3 % des sepsis sévères progressent vers le choc septique ; le choc septique correspond à 10 % des admissions en réanimation et représente la première cause de mortalité dans ces services.

L'immunosénescence prédispose fortement aux infections sévères. Ce risque croît à partir de 60 ans de manière exponentielle.

Le choc septique se caractérise cliniquement par les signes de retentissement de l'insuffisance circulatoire sur les différents organes :

- tachycardie ;
- hypotension artérielle ;
- tachypnée ;
- pouls filant ;
- cyanose ;
- marbrures ;
- troubles de la conscience ;
- oligoanurie ;
- fièvre ou une hypothermie.

Le sepsis sévère et le choc septique ont un pronostic entaché d'une très forte mortalité. Le diagnostic est rapide pour mettre en place un traitement dans les plus brefs délais. Les éléments pronostiques dépendent du nombre de défaillances, du délai d'introduction des traitements et de l'accessibilité du foyer infectieux au traitement médical ou chirurgical.

La prise en charge thérapeutique se fait sans tarder. Pour le médecin généraliste, elle consiste à :

- établir un diagnostic rapide afin d'alerter la régulation du SAMU de l'urgence vitale ;
- mettre en place une oxygénothérapie avec un masque à haute concentration avec comme objectif une saturation en oxygène supérieure à 95 % ;
- perfuser le patient avec deux cathéters périphériques de bon calibre (16 G ou 18 G), afin de rétablir une perfusion tissulaire par une réanimation liquidienne agressive (40 à 60 ml/kg de NaCl 0,9 % à administrer rapidement, soit 500 ml/15 min à renouveler en fonction de la réponse et de la tolérance) ;
- administrer précocement une antibiothérapie à large spectre à discuter avec la régulation du SAMU.

Purpura fulminans

Le purpura fulminans est un choc septique avec purpura extensif et coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) d'origine essentiellement méningococcique (*Neisseria meningitidis*). Les infections à méningocoques invasives touchent plus particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les adolescents. Les facteurs de survenue de cette infection sont un contact étroit avec une personne porteuse, une immunodépression, un déficit en protéine du complément, une vie en collectivité (crèche, école, pensionnat, université) [20].

Son diagnostic est réalisé sur des pétéchies ne s'effaçant pas à la pression. Ces lésions cutanées souvent douloureuses sont dues à la coagulation intravasculaire disséminée. Elles s'étendent rapidement, se multiplient, se diffusent et grandissent en taille. Il apparaît également des éléments nécrotiques sous forme de bulles ou de vésicules. Les lésions cutanées s'associent à une fièvre élevée, des céphalées et des signes de choc septique (tachycardie, pouls filant, hypotension artérielle, polypnée, cyanose, oligurie et trouble de la conscience).

Les signes de gravité extrême sont le collapsus cardiovasculaire associant une tachycardie, une hypotension artérielle, un allongement du temps de recoloration cutanée et un teint grisâtre ainsi que des troubles de la conscience.

L'évolution est souvent mortelle (environ 25 % en France) et le traitement précoce est un facteur déterminant du pronostic. Certains patients ont des complications à type de gangrène des tissus sous-cutanés ou des muscles ; 15 % des patients qui survivent ont des séquelles graves (nécroses, troubles neurologiques, troubles auditifs, amputations).

C'est une urgence vitale absolue qui nécessite dès la moindre suspicion diagnostique un traitement par :

- l'injection immédiate d'une antibiothérapie IV ou IM par ceftriaxone 1 à 2 g chez l'adulte (50 mg/kg chez l'enfant sans dépasser 1 g) ;
- une oxygénothérapie par un masque à haute concentration afin d'obtenir une saturation en oxygène supérieure à 95 % ;
- la mise en place de deux voies veineuses périphériques afin d'assurer un remplissage par du NaCl 0,9 % 20 ml/kg en 5 à 15 minutes, à renouveler en fonction de la persistance ou non des signes de choc, jusqu'à 120 ml/kg pendant la première heure ;
- la surveillance des paramètres vitaux (FC, PA, $SatO_2$, température, état de conscience et pupilles) notée pour transmission à l'équipe mobile de réanimation qui prend le relais.

Cette infection est hautement contagieuse et les soignants portent des masques FFP2 et des gants. C'est une infection à déclaration obligatoire. La prévention de la contamination de l'entourage du patient est à mettre en place le plus rapidement possible.

Conclusion

En présence de signes de détresse des fonctions vitales, les premiers gestes (libération des voies aériennes, position latérale de sécurité, ventilation au masque, massage cardiaque externe, pose de voie veineuse…) permettent de ne pas perdre de temps dans l'attente des spécialistes de la réanimation. La prise de constantes (fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire, oxymétrie de pouls, température, évaluation de la douleur), la réalisation d'un ECG et d'une glycémie capillaire permettent d'émettre des hypothèses diagnostiques et de situer le pronostic vital, afin d'informer le SAMU sur les moyens nécessaires à déployer. Devant une urgence vraie, les premiers soins stabilisent la situation

en évitant une aggravation des troubles et protègent d'une décompensation des fonctions vitales. L'action des médecins généralistes, acteurs du premier recours, est prépondérante dans la chaîne de prise en charge des urgences vitales.

Encadré 30.2. Trousse d'urgence

La trousse d'urgence est un outil propre à chaque médecin généraliste en fonction de son exercice et de ses compétences. Elle permet de gérer les urgences vitales et répond aux urgences ressenties : angoisses du patient ou de l'entourage, douleurs aiguës (colique néphrétique, sciatique hyperalgique). Elle est adaptée aux différentes situations pathologiques rencontrées. Elle permet d'éviter ou de retarder une hospitalisation (pyélonéphrite aiguë non compliquée, malaise hypoglycémique chez le diabétique traité). La distance par rapport à l'hôpital ou le délai d'intervention des secours intervient dans sa composition : la trousse d'urgence est souvent beaucoup plus complète en milieu rural qu'en milieu urbain. Elle doit être fiable : les dates de péremption sont régulièrement vérifiées et l'altération liée aux températures est évitée. Il est recommandé de renouveler toutes les drogues une fois par an ou avant et après chaque saison en climat chaud. Cette trousse personnalisée comporte des médicaments incontournables, même si rarement utilisés (adrénaline, ceftriaxone, salbutamol, morphine, glucosé 30 %), et des médicaments plus courants (antalgiques, antipyrétiques, corticoïdes, diurétiques, dérivés nitrés, anticonvulsivants, anxiolytiques, antiémétiques, antithrombotiques, antibiotiques). L'équipement diagnostique (lecteur de glycémie, ECG, bandelettes urinaires, oxymètre de pouls) et thérapeutique (défibrillateur, Ambu®, matériel d'intubation, O_2, petite chirurgie) dépend des compétences de chaque praticien. Il doit être en parfait état de fonctionnement (piles, batteries). La trousse est périodiquement réévaluée. L'ergonomie, l'étiquetage, le classement des médicaments et du matériel à des endroits bien définis facilitent la recherche dans des situations où la perte de temps peut être préjudiciable au patient [21]. Une trousse est proposée à titre d'exemple en deux tableaux : le tableau 30.2 pour le matériel médical et le tableau 30.3 pour les médicaments.

Tableau 30.2 Trousse d'urgence : matériel médical.

Stéthoscope Tensiomètre Thermomètre Otoscope + embouts Lampe Abaisse-langue Oxymètre de pouls Appareil de mesure de glycémie capillaire avec bandelettes	Bandelettes urinaires Marteau à réflexes Babinski Échelle visuelle analogique Débitmètre de pointe et embouts Streptatest® Test antigénique COVID-19
ECG/scope Défibrillateur avec possibilité de télétransmission des tracés électriques avec électrodes Bouteille d'oxygène	

Appareil circulatoire
Garrots Seringues de 5 et 10 ml Aiguilles vertes à intramusculaire (21 G) Aiguilles « pompeuses » (19 G) Cathéters périphériques (au moins 16 G, 18 G, 20 G, 22 G) Tubulures à perfusion avec robinet trois voies Compresses stériles Liquide antiseptique Pansement transparent type Tégaderm® Sparadrap Matériel de pose d'une voie intraosseuse adulte et pédiatrique Canules rectales
Appareil respiratoire
Masques à haute concentration adultes et pédiatriques Masques à nébulisation adultes et pédiatriques Insufflateur manuel muni d'une valve et d'un ballon réservoir Laryngoscope, piles, ampoules en état de marche (et rechange) Lames pour laryngoscope courbes n° 2, 3 et 4 Pince de Magill Mandrin souple Canules de Guedel de tailles différentes Sondes d'intubation endotrachéale au moins n° 7 et 8 Seringue de 10 ml Rouleau de sparadrap ou cordon pour maintenir la sonde Sondes d'aspiration trachéobronchiques CH 14, CH 16 et CH 18 Chambre d'inhalation adulte et pédiatrique
Matériel de petite chirurgie et autres
Pince à tiques Pince coupante pour hameçon Ciseaux à bouts ronds capables de découper des vêtements Gants stériles Compresses stériles et non stériles Antiseptiques Pansement hémostatique d'urgence Coalgan® Bandes Velpeau® Plateaux à suture à usage unique Fils de suture (au moins 3/0, 4/0,5/0 et 6/0) Seringue de 10 ml Aiguilles type pompeuse et aiguilles sous-cutanées Steristrip® Pansements Sonde urinaire n° 18 et kit de pose Clamp de Barr
Documents administratifs
Ordonnanciers Feuilles AT, AT/MP Feuilles de soins Certificats de décès Fiches d'intervention MCS Protocoles en cours
Divers
Sac-poubelle DASRI Boîte à aiguilles usagées DASRI Gants à usage unique Masques chirurgicaux et FFP2 Combinaison de protection intégrale Lunettes de protection Détecteur de CO

Tableau 30.3 **Trousse d'urgence : médicaments.**

Antalgiques
Kétoprofène 100 mg IM Morphine sous forme orodispersible et en ampoule 10 mg/ml voie IV ou SC Néfopam 20 mg/20 ml IV ou IM lente ou per os sur un sucre Paracétamol orodispersible 500 mg en comprimé Paracétamol 1 g/100 ml en IV lente
Appareil circulatoire
Acide acétylsalicylique injectable 500 mg/2 ml poudre à reconstituer IV Adrénaline 1 mg/1 ml IV ou IM Amiodarone 150 mg/3 ml sol. pour perf. Atropine injectable ampoules de 0,5 mg/5 ml IV ou IM Furosémide injectable 20 mg/2 ml IV Héparine non fractionnée 25 000 UI IV Héparine de bas poids moléculaire NaCl 0,9 % 500 ml pour voie IV Trinitrine 0,30 sublingual
Appareil respiratoire
Bétaméthasone en flacon gouttes buvable Cétirizine 10 mg comprimé Dexchlorphéniramine maléate 5 mg/ml sol. inj. Ipratropium 0,5 mg/2 ml et 0,25 mg/2 ml en dosettes Méthylprednisolone 120 mg voie IV Prednisolone 20 mg en comprimé orodispersible Salbutamol 5 mg/2 ml et 2,5 mg/2 ml ou terbutaline 5 mg/2 ml et 2,5 mg/2 ml en dosettes Salbutamol en spray
Infectieux
Ceftriaxone 1 g injectable IV ou IM
Obstétrique
Ocytocine 5 UI/ml sol. inj. IVD
Ophtalmologie
Fluorescéine 0,5 % collyre Sérum physiologique en dosettes Tétracaïne 1 % collyre
Neuropsychiatrie
Alprazolam 0,5 mg en comprimé Clorazépate injectable 20 mg/2 ml poudre à reconstituer IM ou IV Diazépam 10 mg/2 ml sol. inj
Divers
Acide tranexamique 1 g/10 ml sol. buv. et 0,5 g/5 ml sol. inj. IV Flumazénil injectable 10 mg/ml IV Glucose 30 % ampoules 6 g/20 ml IV uniquement Lidocaïne 2 % gel urétral en seringue préremplie Lidocaïne 1 % 10 mg/ml flacon de 20 ml Métoclopramide injectable 10 mg/2 ml IV ou IM Naloxone injectable 0,4 mg/ml IM, IV ou SC Phytoménadione 10 mg/1 ml sol. buv./inj. (vitamine K1)

Références

[1] Abi Khalil M, Damak H, Décosterd D. Anaphylaxie et état de choc anaphylactique. Rev Med Suisse 2014;10:1511–5.

[2] Prescrire Rédaction. Agir face à un probable syndrome coronarien aigu. Rev Prescrire 2019;39(429):515–22.

[3] Reuter P-G, Lapostolle F. Syndrome coronarien aigu. In: Médecine d'urgence : Traité. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2019. p. 293–302.

[4] Ibanez B, James S, Agewall S, et al. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2017;00:1–66.

[5] Prescrire Rédaction. E2a. Insuffisances cardiaques médicamenteuses. Prescrire: Interactions Médicamenteuses; 2021.

[6] Luc G, Baert V, Escutnaire J. Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest: A French national incidence and mid-term survival rate study. Anaesth Crit Care Pain Med 2019;38:131–5.

[7] Soara J, Böttigerb BW, Carlic P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation 2021;161:115–51.

[8] Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU). [En ligne]. Paris: Légifrance; 2007. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr.

[9] Santé publique France. Asthme. Dossier thématique. [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2021. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr/.

[10] Guilhard B. Pneumopathie infectieuse. In: Médecine d'urgence : Traité. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2019. p. 217–25.

[11] Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003;58(5):377–82.

[12] Prescrire Rédaction. Embolie pulmonaire thrombotique. Rev Prescrire 2019;39(429):523–8.

[13] Akodad H, Lapostolle F. État de choc. In: Médecine d'urgence : Traité. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2019. p. 269–92.

[14] Adnet F, Yersin B. Le choc hémorragique. In: Médecine d'urgence préhospitalière. Carron PN, et al., (ed.). Genève: Médecine et Hygiène; 2013. p. 302–13.

[15] Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, Service FJ. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2009;94(3):709–28.

[16] Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, et al. Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations unies pour l'enfance rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant. Genève (Suisse): OMS; 2008. p. 123–44.

[17] Villa A, Cochet A, Guyodo G. Les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006. Rev Prat 2008;58(8):825–31.

[18] Lemachatti N, Freund Y. Première crise convulsive de l'adulte. In: Médecine d'urgence : Traité. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2019. p. 55–9.

[19] Claessens Y-E, Mallet-Coste T, Weiss N, Ferretti-Picco E. Sepsis sévère et choc septique. In: Médecine d'urgence : Traité. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2019. p. 657–74.

[20] Prescrire Rédaction. Lutte contre les infections à méningocoque. Rev Prescrire 2002;22(224):15–6.

[21] Doubovetzky J. Élaborer sa trousse d'urgence. Propositions pour trois situations. Rev Prescrire 1990;102:517–24.

Chapitre 31

Le patient présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique ou relationnelle

Marie Barais

PLAN DU CHAPITRE

Présentations cliniques 304
Thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses 308
Aspects administratifs et légaux 309
Conclusion 309

Un quart de la population mondiale est concerné au cours de sa vie par un trouble mental d'après l'OMS [1]. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et les pathologies cardiovasculaires. En consultation de médecine générale, les problèmes psychologiques et sociaux représentaient, d'après l'étude ECOGEN, respectivement 8,2 et 1,4 % des résultats de consultation rapportés [2]. La dépression représentait 2,7 % des résultats de consultation [2]. Le coût de ces pathologies atteint les 17 milliards d'euros par an en France [4]. Elles représentent l'une des premières causes d'absentéisme au travail et la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle. La totalité des coûts directs et indirects des troubles psychiatriques est estimée à 107 milliards d'euros [5].

Plus de 60 % des patients souffrant de dépression consulteraient un médecin généraliste, 10 % un psychiatre [6].

Le médecin généraliste est l'un des premiers interlocuteurs du patient en crise psychiatrique. Accès aigu lors du suivi d'une pathologie chronique, première crise lors d'une décompensation, le médecin généraliste intervient à différents moments d'une pathologie. Le patient lui-même, la famille, le centre de régulation 15 ou les forces de l'ordre sollicitent son intervention. Le médecin généraliste a un rôle thérapeutique dans la prise en soin du patient en crise : par l'hospitalisation libre ou sous contrainte qu'il décide, afin de garantir la sécurité du patient pour lui-même et pour les autres.

La distinction entre ce qui relève de la psychiatrie par opposition au somatique est difficile à établir et peut être dangereuse sur le plan clinique. Il s'agit d'une distinction théorique utile qui ne peut refléter l'ensemble des situations réelles. Être centré sur le patient, son histoire, ses symptômes, est un prérequis permettant d'éviter l'écueil « pathologie psy » versus « somatique » parfois dommageable dans la prise en soin. Se méfier de l'étiquette « psy » collée aux patients qui souffrent de pathologie psychiatrique en continuant de les examiner, de diagnostiquer des pathologies autres est nécessaire. Les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires ont un risque plus important de décès, lié principalement à des infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux, réduisant leur espérance de vie de 15 à 30 ans par rapport à la population générale [4]. La fréquence des facteurs de risque cardiovasculaire comme le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle ou le diabète est accrue chez ces patients. Les complications s'associent régulièrement aux effets secondaires des traitements antipsychotiques. De même, l'incidence des syndromes dépressifs aigus augmente dans l'année suivant un syndrome coronarien aigu chez des patients n'ayant jamais eu d'antécédent psychiatrique auparavant [4].

Ce chapitre aborde les types de crises rencontrées en fonction du comportement du patient (agité, anxieux, maniaque, suicidaire), les spécificités liées à l'âge, aux différentes thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses, et aux aspects administratifs et légaux.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Les différents types de crises

Les demandes de consultation surviennent dans plusieurs types de situations :
- crise réactionnelle à un événement ;
- crise aiguë d'une pathologie psychiatrique avérée ;
- situation complexe avec intrication de pathologies multiples dont celles psychiatriques ;
- situation aiguë avec modification des capacités de l'entourage et demande de prise en soin en urgence.

Présentations cliniques

Patient agité

L'agitation est un symptôme en lien avec plusieurs types de pathologies, organiques comme psychiatriques. Il s'agit d'une augmentation de l'activité motrice, inadéquate dans la situation.

L'examen clinique fait dans un environnement serein (cf. infra, section dédiée aux thérapeutiques non médicamenteuses) est un moyen pour entrer en contact avec le patient agité, pour lui signifier le rôle thérapeutique du médecin présent pour lui venir en aide. La prise de pouls, la mesure de la pression artérielle, de la température, l'auscultation cardiaque, pulmonaire sont des actes qui replacent le patient dans un contexte médical et non plus de conflit ou d'agression par autrui.

Il permet aussi d'établir un diagnostic clinique identifiant une cause organique :
- une étiologie toxique avec la consommation de substances psychoactives : alcool, cocaïne, héroïne, ecstasy…, ou bien un sevrage de ces substances ;
- une étiologie métabolique avec une hypoglycémie, un trouble hydroélectrolytique ;
- une étiologie neurologique : infectieuse avec une méningite ou méningo-encéphalite, vasculaires en cas d'AVC, tumorale, épileptique ;
- une douleur importante et non soulagée.

Lorsqu'une cause organique est peu probable, deux types d'agitation psychiatrique sont décrits :
- l'agitation compréhensible, ou réactionnelle, dans un contexte de tension importante, non maîtrisable par le patient ; un conflit familial, un événement traumatique ou un deuil peuvent déclencher ce type de réaction ;
- l'agitation incompréhensible, ou non réactionnelle : il n'y a pas de lien entre les symptômes et les événements de vie du patient ; les troubles psychotiques, les épisodes maniaques en sont les principales causes.

Dans les situations vues en médecine générale, plusieurs pathologies ou manifestations peuvent être imbriquées : l'agitation chez le patient âgé peut être directement liée à un globe vésical dans un contexte de début de troubles cognitifs. Un traumatisme crânien chez un patient souffrant d'une addiction à l'alcool peut provoquer une agitation aiguë.

Le degré d'intervention dépend de l'urgence de la situation clinique, de la dangerosité de l'agitation pour le patient lui-même ou pour autrui. La conduite vers le service des urgences avec l'administration ou non d'un traitement sédatif est une solution en dernier recours. Dans la section dédiée aux thérapeutiques médicamenteuses sont résumées les substances utilisables au cabinet de médecine générale.

Certaines crises d'agitation présentent des signes caractéristiques spécifiques.

Crise maniaque

Soit le patient est déjà diagnostiqué avec une maladie bipolaire et est en rupture de traitement, soit il s'agit d'une première crise chez un patient sans traitement. Il est exalté, son humeur est dysphorique. Il existe une agitation psychomotrice, une logorrhée avec une altération des fonctions exécutives et attentionnelles. Le patient présente souvent un déni de ces troubles et une ambivalence quant aux soins. L'insomnie est un symptôme très fréquent et quasi pathognomonique.

Crise délirante aiguë

Il peut s'agir d'une crise chez un patient souffrant d'une pathologie connue en rupture de traitement ou d'une crise inaugurale.

Chez un patient en rupture de traitement, le contexte est connu. Le patient est en général identifié par le médecin traitant, suivi par une équipe spécialisée en centre médico-psychologique par exemple, ou bien en rupture de traitement. La prise en soin par le médecin généraliste intervient souvent dans un contexte de perte de contrôle du patient et de sa pathologie. L'urgence vise à sécuriser le patient et permettre une reprise du traitement. La connaissance du réseau autour du patient est primordiale. Contacter le psychiatre habituel, discuter d'une hospitalisation avec le patient et son psychiatre, rétablir les visites des infirmiers à domicile sont des alternatives importantes à privilégier.

Il est possible d'anticiper les crises aiguës et d'établir un contrat de soin avec le patient quand il est dans une phase calme de sa pathologie. L'inclure dans la décision de ce qui sera fait quand son état de santé se dégrade sur le plan psychiatrique est un moyen constructif d'anticiper. Éviter d'hospitaliser sous contrainte dans un climat de violence ou de sentiment d'agression ressentie par le patient améliore le suivi après l'hospitalisation.

Lors d'une première crise, lorsque le diagnostic précis n'est pas établi, les troubles sont restitués par la famille et les proches. Une rupture dans le comportement avec développement d'une agressivité, des gestes auto- ou hétéroagressifs, une consommation de toxique inhabituelle sont rapportés. Le patient est parfois demandeur de soins devant l'anxiété provoquée par les hallucinations. Il exprime ou non les idées délirantes qui l'envahissent, le poussent à avoir des conduites inadaptées. En fonction de l'adhésion au traitement, à la possibilité d'une rencontre rapide avec une équipe spécialisée en psychiatrie et des possibilités de maintien à domicile, une hospitalisation est à discuter [6].

Patient suicidaire

Le suicide est une cause très importante de décès dans notre société. À raison de 16,2 suicides pour 100 000 habitants en 2014, la France reste l'un des pays européens avec le taux de suicide le plus élevé (moyenne européenne 10,2 pour 100 000 habitants) [7]. Compte tenu de cette prévalence, un numéro dédié national a été mis en place en 2021, le 31 14.

Le passage à l'acte ou son intention par le patient est un motif courant de consultation, de visite à domicile, d'hospitalisation dans un service d'urgences. Le repérage de signes précoces de passage à l'acte, de gestes suicidaires a posteriori et la prévention du geste font partie du suivi du patient souffrant de dépression.

La difficulté de la situation réside dans l'appréciation du risque suicidaire, de l'urgence de la situation et du danger. L'acronyme RUD (Risque, Urgence, Danger) résume cette stratégie en fonction des données épidémiologiques [8].

Risque

Le risque signifie les facteurs de risque personnels, familiaux et psychosociaux du patient. Ils sont résumés dans le tableau 31.1.

Urgence

L'urgence est évaluée en fonction de l'imminence d'un passage à l'acte fondée sur :

- le niveau de souffrance psychique et l'intensité du désespoir ;
- le niveau d'impulsivité ;
- le degré d'intentionnalité.

Il existe trois niveaux d'urgence [8].

Urgence élevée

Planification manifeste d'un geste suicidaire, agitation, hyperréactivité, labilité émotionnelle ou immobilisation massive par la dépression, douleur morale et souffrance omniprésentes exprimées ou cachées, rationalisation de la décision de se suicider, sentiment d'avoir tout essayé, accès direct et immédiat à un moyen létal, isolement complet, idées délirantes mélancoliques parfois altruistes, de persécutions, antécédents suicidaires où l'intentionnalité de mort reste présente : le patient est déçu de l'échec de son geste.

Urgence moyenne

Demande d'aide pour faire face à la douleur, expression du désarroi, fragilité émotionnelle, ne voit pas d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir, intention suicidaire claire mais exécution du scenario reportée, état dépressif non mélancolique ou situation de crise.

Urgence faible

Le patient exprime ses problèmes, il cherche des moyens et des stratégies pour y faire face, il pense au suicide sans scénario précis, il peut établir un lien de confiance et est accessible à la discussion.

Danger

Le degré du danger s'évalue sur la létalité du scénario envisagé et l'accessibilité aux moyens. Enlever les médicaments à disposition, les clés de voiture, l'arme à feu ou l'arme blanche a fait la preuve de son efficacité même en situation d'urgence faible.

Tableau 31.1 **Facteurs de risque de la crise suicidaire.**

Facteurs de risque personnels		
Biographiques	Tentative antérieure Maladie chronique organique, invalidante Antécédent de placement, foyer d'accueil ou incarcération Antécédent de maltraitance, négligence grave ou abus sexuel	
Psychopathologiques	Niveau d'anxiété élevé Idées de culpabilité, faible estime de soi Insomnie Tendance au retrait social, inhibition, anhédonie Impulsivité, mauvaise tolérance à la frustration Immaturité affective, faible capacité à la mentalisation et à la résolution de conflit	Troubles des conduites Troubles de l'humeur Troubles délirants ou schizophréniques Troubles de la personnalité Trouble anxieux généralisé, attaque de panique et trouble obsessionnel compulsif Troubles liés l'utilisation de substance alcool
Facteurs précipitants	Annonce récente d'une maladie à pronostic sévère Attente d'un procès, d'une condamnation Exposition à un psychotraumatisme Effet de contagion (suicide d'un proche ou dans une communauté)	
Gestes suicidaires	Moyen violent à haute létalité Intentionnalité suicidaire Précautions pour éviter d'être découvert Absence de secours de l'entourage au décours du geste	
Facteurs de risque familiaux		
Dysfonctionnement de la communication (secrets de famille), conflits Fonctionnement familial privilégiant la transgression Conflit conjugal majeur, violences conjugales Antécédents familiaux d'alcoolisme, toxicomanie, de maladie mentale Antécédents de suicides ou de tentatives chez l'un des deux parents		
Facteurs de risque psychosociaux		
Situations d'isolement affectif ou géographique (célibat, veuvage, divorce, défaut d'appartenance culturelle, migrants...) Mauvaise adaptation socioculturelle Stress et événements de vie : expériences de séparation, de perte, de rupture, d'échec ou de conflit Professions ayant un accès facile aux moyens suicidogènes : médecins, infirmiers, policiers, gendarmes...		

Situations rencontrées

Les situations évoluent en fonction du type de présentation du patient.

- Au cabinet, le geste suicidaire est le motif de consultation : le patient est en principe dans l'alliance thérapeutique, il cherche de l'aide auprès du médecin et communique ses pensées suicidaires. Cette alliance est précieuse pour établir la prise en soin.
- Au cabinet, la consultation est pour un motif autre, un risque suicidaire est identifié au cours de l'entretien : l'évaluation RUD guide la décision. Les patients ayant une intention suicidaire consultent dans les jours qui précèdent leur médecin généraliste. Les facteurs de risques détaillés dans le tableau 31.1 permettent aussi d'aiguiller l'entretien vers ce type de questions quand les comorbidités et les événements de vie des patients sont connus.
- En visite, le passage à l'acte est imminent et les proches ont fait appel : la mise à distance des moyens létaux : objets contendants, armes à feu ou blanches, clés de voiture… évite dans un premier temps le passage à l'acte percritique. S'entourer rapidement d'une équipe de pompiers permet de temporiser avant l'arrivée d'une équipe du SMUR. Proposer une aide pour diminuer la souffrance par un anxiolytique diminue la pulsion de mort.
- Le patient ne se présente pas à un rendez-vous planifié à l'avance et le risque suicidaire est possible : appeler le patient et lui signifier l'inquiétude quant à son absence et son état de santé limite le passage à l'acte [9].
- Le patient consulte à la sortie d'une hospitalisation après une tentative de suicide : l'inclusion de cet événement dans la trajectoire du patient et la communication avec l'équipe psychiatrique permettent la poursuite du suivi.

La situation médicale est au premier plan lors d'ingestion médicamenteuse, de strangulation non aboutie, d'automutilation avec hémorragie… L'état psychique est au second plan mais la précocité de la rencontre avec le psychiatre est importante.

La famille et les proches sont eux aussi atteints par ce type de crise. En tant que médecin généraliste, ces proches sont parfois connus et suivis. Le respect du secret professionnel est aussi une obligation dans ce cas.

Patient anxieux

Le patient est envahi par l'angoisse. La crise peut survenir dans un contexte de trouble panique, de syndrome anxio-dépressif. Le patient ressent des signes de malaise physique comme une dyspnée, une douleur thoracique, une douleur abdominale, une sensation de mort imminente. La qualification de ces symptômes en « angoisse » ne peut s'envisager qu'après un examen clinique, des examens complémentaires rapidement disponibles au cabinet (glycémie capillaire, ECG…). La division du patient en « corps » d'un côté et « esprit » de l'autre est source d'erreur tant la réalité est complexe en médecine générale. Un patient souffrant de schizophrénie peut présenter un infarctus du myocarde, révélé par une anxiété inhabituelle. L'examen clinique est primordial lors des consultations fréquentes, avec multiplication des motifs somatiques chez des patients anxieux connus. L'équilibre entre recherche de nouvelle pathologie chez ces patients et réassurance quant à leur trouble anxieux chronique est parfois difficile à atteindre. La relation avec ces patients anxieux chroniques est parfois dominée par un sentiment d'échec voire d'agacement du médecin. Dans la section thérapeutique non médicamenteuse de ce chapitre, des moyens de désamorcer les difficultés de la relation avec les patients anxieux chroniques sont détaillés.

Crise de panique

Rapidement, en quelques minutes, le patient présente des symptômes physiques : nausées, dyspnée, précordialgies, palpitations, douleurs abdominales… Les moyens thérapeutiques non médicamenteux agissent rapidement si le patient est accessible à la discussion. La relaxation à partir de mouvements respiratoires simples, médiée par un exercice de cohérence cardiaque est une aide. Les thérapeutiques médicamenteuses utilisables en urgence sont principalement les benzodiazépines (cf. infra tableau 31.2).

Si le patient présente plusieurs attaques de panique, une anxiété anticipatoire secondaire avec des répercussions sur le comportement pendant plus d'un mois, il souffre de trouble panique. Les traitements de fond de cette pathologie sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline.

L'anxiété généralisée est un état d'anxiété chronique d'anxiété psychique et physique avec une tension permanente. Cette anxiété provoque des troubles du sommeil, une irritabilité, une hypervigilance et des manifestations cognitives. Les symptômes évoluent en fonction des événements de vie du patient.

L'usage, le mésusage de produits anxiolytiques dans un contexte de trouble anxieux, trouble panique complique la prise en soin avec la gestion d'une addiction associée.

Tableau 31.2 **Benzodiazépines disponibles en médecine générale pour la gestion des crises.**

Molécule	Posologie	Mode d'administration	Demi-vie
Clotiazépam	5 et 10 mg	Per os	4 h
Oxazépam	10 et 50 mg	Per os	8 h
Alprazolam	0,25 et 0,5 mg	Per os	10 à 20 h
Diazépam	10 mg, 1 % en gouttes : 3 gouttes = 1 mg	Per os, IM	30 à 150 h

Adolescents

Cf. chapitre 34 de cet ouvrage.

Patients âgés

Plusieurs situations de crise sont particulières aux sujets âgés, en fonction de leur lieu de vie, de leurs comorbidités et des signes cliniques qu'ils présentent.

Le patient vit en EHPAD pour des troubles cognitifs connus avec perte d'autonomie et présente une modification de son état clinique, quelle qu'elle soit

- Il peut s'agir d'une cause organique : les examens cliniques puis biologiques sont déterminants.
- Une chute vue ou non par l'équipe de soins, la présence d'anticoagulant ou d'antiagrégant plaquettaire font discuter la réalisation d'un examen d'imagerie en urgence.
- L'atteinte sensorielle (vue et audition) est à intégrer dans la prise en soin.
- Les traitements et leurs effets indésirables à court et long terme font partie intégrante de l'enquête étiologique.
- La confusion se manifeste par l'apparition brusque ou rapidement progressive (en quelques minutes, heures ou jours) de troubles neuropsychiques : difficultés attentionnelles, troubles de la mémoire à court terme, troubles du comportement, labilité de l'humeur et de l'affect, et désorientation temporo-spatiale.
- L'argument clinique majeur est la fluctuation des troubles cliniques. Au maximum, il peut exister une inversion du cycle veille-sommeil.
- L'isolement social, la présence ou non de la famille, d'un événement de vie (deuil, séparation, déménagement) sont aussi importants à connaître. Les confinements des sujets âgés en EHPAD en lien avec la crise sanitaire de la COVID 19 ont mis en évidence l'importance de ces liens.
- Une évaluation globale du sujet est essentielle.

Le patient vit à domicile, sans pathologie cognitive connue

- Cette même démarche clinique, biologique, avec évaluation des traitements, et éventuellement imagerie s'applique. La plainte somatique est fréquente et peut appartenir aux registres de la dépression, de l'angoisse ou de la démence.
- Les présentations du syndrome dépressif sont atypiques chez le sujet âgé. Les tentatives de suicide ont une forte létalité. Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin et des gestes suicidaires. Le contexte de vulnérabilité peut comporter une dépression, des maladies somatiques notamment sources de handicap et de douleur, les conflits, le changement d'environnement. Un autre facteur est le veuvage pour les hommes.
- Un syndrome délirant est observé à l'occasion d'un événement intercurrent, d'une modification de l'environnement. La personne est déjà connue pour être distante, et des idées de persécution, de vol de l'entourage apparaissent. Un déficit sensoriel, notamment auditif, est un facteur aggravant les idées délirantes à rechercher.
- Une recrudescence anxieuse est suspectée devant une agitation ou bien de l'agressivité.
- Une entrée dans une pathologie cognitive est discutée si les investigations cliniques et biologiques ne mettent pas en évidence de pathologie organique. La maladie d'Alzheimer représente 70 % des démences. Les troubles débutent le plus souvent par une plainte concernant la mémoire à court terme avec oubli à mesure sans aide de l'indiçage. Une perte de poids est aussi un signe précoce.

Le patient souffre d'une pathologie psychiatrique connue

La démarche est la même, d'autant plus que la iatrogénie des différents traitements psychotropes est élevée. Le lien avec les équipes de psychiatrie, l'équilibre entre les hospitalisations et l'autonomie du sujet âgé souffrant de pathologie psychiatrique sont parfois difficiles à entretenir. Les réseaux d'aide sociale existant dans la zone de consultation sont importants à connaître. Ils sont une aide précieuse face à la détresse du patient et de son entourage lors des crises ou bien lorsqu'il s'agit de trouver une place dans une structure adaptée à la pathologie.

Événements traumatisants

En cas de catastrophes naturelles, accidentelles, terroristes…, le médecin généraliste est plus ou moins sollicité dans l'organisation des soins en urgence mis en place par les centres 15 (plan rouge, par exemple). Il est de toute façon inclus dans la prise en soin des patients soumis à la catastrophe sur le long terme.

Les capacités d'adaptation sont variables en fonction des individus et de la persistance et répétition des traumatismes.

Le stress est un phénomène réactionnel normal : l'individu s'adapte à la menace et réagit face à l'alerte. Le stress est donc utile, adaptatif mais coûteux en énergie et susceptible de contribuer à l'effondrement de la résistance du sujet et au développement de troubles psychotraumatiques :

- une réaction de sidération, avec stupeur affective et sidération motrice ;
- l'agitation incoordonnée, qui éloigne l'individu de comportements adaptés ;
- la fuite panique, qui précipite parfois le sujet au cœur du danger, surtout en cas de contamination collective. L'organisation même des soins peut être perturbée par cette panique incontrôlée ;
- l'action automatique : l'individu agit par automatisme, dans un état second, présente un comportement stéréotypé et des préoccupations inadaptées au contexte ;
- la dissociation péri-traumatique qui associe une altération de la perception du temps, du lieu et de soi avec un profond sentiment d'irréalité.

Un état de stress post-traumatique est diagnostiqué lorsque le patient a été soumis à un événement traumatisant incluant une atteinte à l'intégrité physique, une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. L'événement est constamment revécu ou rêvé par l'individu.

Les sensations sont réactivées face à un élément, indice en lien avec le traumatisme. L'individu a des conduites d'évitement des sujets associés au traumatisme. Ces manifestations psychologiques sont associées à des symptômes d'insomnie, d'irritabilité, des difficultés de concentration.

Patients d'une culture différente, non francophones

Les signes psychiatriques sont une interprétation dans un référentiel culturel donné. Plus d'un tiers des Américains (36 % soit 80 millions de personnes) croient que les extraterrestres existent. En cas d'attaque de la planète, un sur cinq (21 %) appellerait le géant vert Hulk à la rescousse, 12 % Batman et 8 % Spiderman [10]. Soigner n'est pas juger la culture de l'autre. La barrière de la langue prive d'informations sur la gestion des signes dans la culture du patient qui souffre. Le contexte d'urgence empêche une perception globale de la situation avec le bagage culturel adapté. Le fait que le médecin généraliste soit ancré dans sa communauté et dans son environnement aide : il s'agit d'une compétence pertinente dans la médicalisation ou la non-médicalisation de certains faits ou signes. Il existe un excès de diagnostic de troubles psychotiques, somatoformes chez les patients migrants et un défaut de diagnostic de troubles de l'humeur et de troubles post-traumatiques. S'entourer d'interprètes, chercher les référentiels et adapter la prise en soin toujours centrée sur la personne, son environnement biopsychosocial et pas sur sa pathologie sont les compétences utiles. La prise en charge sociale pour les personnes en situation irrégulière est un frein aux soins médicaux : l'orientation vers une structure d'urgence adaptée offre une aide sur cet aspect.

Traumatisme vicariant, fatigue de compassion et *burn-out*

Le traumatisme vicariant est le traumatisme ressenti par le soignant lors de la prise en soin d'un patient ayant souffert d'un traumatisme identifié. La fatigue de compassion touche le soignant confronté de façon répétée à des récits de souffrance intense. Ces deux pathologies peuvent toucher tous les soignants et personnes travaillant dans le domaine de l'aide à l'autre, au sens large [11]. Le médecin généraliste fait donc partie de cette liste. Troubles du sommeil, flash-back, pensées obsessionnelles, perte de l'estime de soi, troubles dans les relations personnelles et interprofessionnelles sont des symptômes en lien avec le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion. Se confronter à ses propres ressentis, reconnaître une fatigue de l'écoute et consulter un collègue sont une qualité liée au professionnalisme. Le burn-out est fréquent chez les médecins généralistes. Convaincus de l'aide apportée aux patients en crise, une aide est possible pour les médecins en crise liée au travail.

Thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses

Thérapeutiques non médicamenteuses

La mise en sécurité de soi, protection si besoin avec les forces de l'ordre, les pompiers, est essentielle. Le médecin généraliste intervient au sein d'une équipe autour du patient, sans rester seul dans un contexte de crise. Se présenter aux équipes de gendarmerie, police et pompiers lors de son installation, lors d'un remplacement longue durée, en dehors de toute situation de crise est un conseil précieux en cas de sollicitation pour urgences.

Les premières thérapeutiques sont non médicamenteuses avec la prise de contact auprès du patient. Les techniques de communication sont non verbales et verbales. Les objectifs sont multiples : l'entrée dans une relation thérapeutique, une mise en sécurité du patient et des intervenants.

Le non-verbal

Le but est de faire descendre l'agitation, l'anxiété ou la violence exercée par le patient par des techniques spatiales ou bien paraverbales.

Le patient n'est pas toujours accessible au dialogue, à un transport serein :

- se placer dans l'espace :
  - à côté plutôt qu'en face, éviter de lui tourner le dos ;
  - dans un espace ouvert, avec la possibilité de sortir rapidement pour le médecin, sans objet dangereux à proximité ;
- les expressions du visage du médecin soutiennent les mots du patient : le laisser parler et rester actif par l'attitude, la direction du regard.

L'attente est un facteur aggravant dans la gestion d'une crise.

Le verbal

Le ton, le timbre de la voix, le rythme des mots, les mots bienveillants permettent un accès à une transe hypnotique vers le calme et la sérénité en cas d'angoisse, le soulagement de la souffrance en cas de crise dépressive.

Se présenter par son prénom et son nom, indiquer sa fonction de médecin généraliste, rappeler le cadre thérapeutique de l'intervention : « *Je suis là pour vous aider, je vois que vous souffrez.* »

Laisser le patient parler le plus possible au début, les questions ouvertes sont essentielles à cette étape :

- orienter l'entretien vers la recherche d'éléments positifs plutôt que sur les manques et ratés ;
- éviter la confrontation, la surenchère, adopter une position basse, constructive, sans menacer ou faire la morale ;
- proposer un substitut à la frustration : boire, manger, s'asseoir pour se reposer, un médicament pour s'apaiser sans pour autant modifier l'indication de soins.

Les questions plus fermées précisent le diagnostic et orientent l'entretien vers la prise en soin médicale.

La place des proches et de la famille est à considérer : ils participent ou non à la prise en soin, souffrent aussi de la situation en question, ont besoin d'écoute. Ils sont partie prenante dans les décisions d'hospitalisation sous contrainte. Leur adhésion au traitement, à la stratégie de prise en charge est un levier important. L'orientation vers leur médecin traitant pour une consultation dédiée à cet événement, est une alternative en fin de prise en charge du patient.

Thérapeutiques médicamenteuses

Les thérapeutiques d'action rapide que le patient accepte de prendre visent à diminuer la tension liée à la pathologie et sa prise en soin. Les voies autres que per os sont à réserver au cas dangereux et sous surveillance pendant le transport. Les thérapeutiques disponibles en médecine générale ambulatoire par pharmacie de ville, par voie, délai d'action sont résumées dans le tableau 31.2. Elles sont indiquées dans les états d'agitation peu sévère sans risques de violence, anxiété et attaque de panique.

En cas d'agitation sévère avec risque de violence, la contention physique permet dans un second temps une évaluation plus précise et une thérapeutique adéquate.

En cas d'agitation avec bouffée délirante, ces thérapeutiques sont disponibles en pharmacie de ville : cyamémazine 25 et 100 mg, en gouttes (5 gouttes = 5 mg) per os, ou 50 mg IM, demi-vie = 10 heures.

Aspects administratifs et légaux

Jusqu'à la réforme de la psychiatrie par les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013, l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) permettait d'hospitaliser un patient en psychiatrie sans son consentement, sous réserve de certaines conditions.

La réforme a élargi cette possibilité. Elle vise non plus seulement l'hospitalisation mais, de façon plus générale, les « soins psychiatriques » et crée une distinction entre les soins sur demande d'un tiers avec ou sans urgence (art. L. 3212 et s. du Code de la santé publique).

Il existe plusieurs types d'hospitalisations :

- l'hospitalisation libre ;
- les soins sous contrainte à la demande d'un tiers ;
- les soins sous contrainte à la demande d'un tiers – procédure d'urgence ;
- les soins sous contrainte avec péril imminent ;
- les soins sous contrainte sur décision du représentant de l'État.

Pour rédiger le certificat, il est nécessaire que le médecin :

- s'entretienne avec la personne ou au moins tente de le faire ;
- examine et constate par lui-même les éventuels troubles mentaux ainsi que les éventuels troubles du comportement qui en résultent ;
- recherche le consentement de la personne ;
- recherche les éléments lui permettant de justifier la nécessité de dispenser des soins dans le cadre d'une mesure contrainte.

Chaque certificat (figure 31.1) permet d'identifier clairement son auteur pour vérifier ses liens éventuels avec l'établissement d'accueil de la personne. Le certificat comporte l'identification du médecin : son nom, son prénom, son numéro RPPS si possible.

Le certificat médical doit être lisible et rédigé en langue française. Il est recommandé de dactylographier chaque certificat ou avis médical, quel que soit le cadre légal dans lequel il a été établi, afin de garantir une parfaite lisibilité.

Le certificat médical doit être daté et signé. Chaque certificat médical est unique et atteste de l'examen de la personne réalisé le jour de sa rédaction. À ce titre, il est explicite, c'est-à-dire circonstancié, précis et motivé selon chaque cas d'espèce, évitant ainsi les documents génériques. Le médecin ne peut certifier que ce qu'il a constaté lui-même, ce qui impose que la personne soit vue et examinée.

Conclusion

La prise en soin par le médecin généraliste est une prise en charge globale, centrée sur l'individu plutôt que sur la pathologie. Une intervention au domicile, dans une situation de détresse, parfois avant un diagnostic établi par des psychiatres, est un lien fort noué avec le patient. Ce lien connaît des ruptures et la prise en soin ne s'arrête pas lors des hospitalisations. Préparer la sortie d'un séjour hospitalier, entretenir les liens avec les équipes de psychiatrie sont des éléments qui permettent un suivi et un accompagnement pendant plusieurs années. Les patients qui souffrent de pathologie psychiatrique sont les premières victimes de situations complexes, leur qualité de vie est souvent altérée par une pathologie difficile, dont le coût social est important.

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers

(article L. 3212-1 du Code de la santé publique)

Je soussigné, Docteur.....
(adresse).....
certifie avoir examiné ce jour,
Mme/M.....
Né(e) le.....
Et avoir constaté (description de l'état mental et du comportement) :
.....
.....
.....
.....
.....
Les troubles mentaux dont souffre l'intéressé(e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.

Fait à....., le .....
Signature

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent

(article L. 3212-1 du Code de la santé publique)

Je soussigné, Docteur.....
(adresse).....
certifie avoir examiné ce jour,
Mme/M.....
Né(e) le.....
Et avoir constaté (description de l'état mental et du comportement) :
.....
.....
.....
.....
.....
J'atteste que :
– les troubles mentaux dont souffre l'intéressé(e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.
– il existe un péril imminent pour sa santé.

Fait à....., le .....
Signature

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers
Procédure d'urgence

(article L. 3212-3 du Code de la santé publique)

Je soussigné, Docteur.....
(adresse).....
certifie avoir examiné ce jour,
Mme/M.....
Né(e) le.....
Et avoir constaté (description de l'état mental et du comportement) :
.....
.....
.....
.....
.....
J'atteste que :
– les troubles mentaux dont souffre l'intéressé(e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.
– il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

Fait à....., le .....
Signature

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État

(article L. 3213-1 du Code de la santé publique : décision du préfet ; article L. 3213-2 du Code de la santé publique : décision du préfet faisant suite à une mesure provisoire du maire)

Je soussigné, Docteur.....
(adresse).....
certifie avoir examiné ce jour,
Mme/M.....
Né(e) le.....
Et avoir constaté (description de l'état mental et du comportement) :
.....
.....
.....
.....
.....
Ces troubles mentaux, qui rendent impossible le consentement, nécessitent des soins psychiatriques immédiats et :
☐ compromettent la sûreté des personnes.
et/ou
☐ portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Fait à....., le .....
Signature

Fig. 31.1 Modèles de certificats médicaux.

Références

[1] World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental Health New Understanding New Hope. [En ligne]. Genève: WHO ; 2001. Disponible sur : http://www.who.int.

[2] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M. Guerin MH MA. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014 ;114:148–57.

[3] Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol J 2013 ;23:879–86.

[4] Saravane D, Feve B, Frances Y, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale 2009 ;35:330–9.

[5] Feng HP, Chien WC, Cheng WT, et al. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction. A nationwide population-based cohort study Medicine (Baltimore) 2016 ;95, e4464.

[6] Guedj Bourdiau M-J. Urgences psychiatriques. Paris: Elsevier Masson ; 2011. 675 p.

[7] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. État des lieux du suicide en France. [En ligne] Paris: ministère des Affaires Sociales ; 2014. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/.

[8] Haute Autorité de santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Saint-Denis: HAS ; 2000.

[9] Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. Rev Epidemiol Sante Publique 2013 ;61:363–74.

[10] Harish A. UFOs Exist, Say 36 Percent in National Geographic Survey. A new National Geographic study shows many Americans believe in UFOs. ABC News. 27 Juin, 2012. [En ligne]. Disponible sur : https://abcnews.go.com/Technology/ufos-exist-americans-national-geographic-survey/story?id=16661311.

[11] Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2016 ;13:618.

Les consultations systématiques des nourrissons et des enfants

Marine de Chefdebien, Yhan Monney, Amar Kapassi, Delphine Sanchez

PLAN DU CHAPITRE

Contexte 313
Entretien avec les parents, guidance parentale . 313
Apport de l'examen clinique 318
Vaccins 324
Conclusion 327

Contexte

Les consultations de l'enfant en France sont réalisées en soins premiers par des médecins généralistes et des pédiatres. Depuis janvier 2016, les parents d'enfants de moins de 16 ans sont invités à leur choisir un médecin traitant. Sur les 3,5 millions d'enfants suivis par un médecin traitant au 30 juin 2018, 88 % l'étaient par un médecin généraliste, 11 % par des pédiatres, et 1 % par un médecin d'une autre spécialité ou en établissement de soins [1].

En 2007, 13 % des consultations et visites des médecins généralistes étaient consacrées à des enfants [2]. Parmi celles-ci les examens systématiques de prévention représentaient 68,4 %. La démographie médicale, la formation initiale et continue et la place accordée au médecin généraliste par la famille font que ces consultations systématiques des nourrissons et des enfants constituent actuellement une part importante de l'activité de soins en médecine générale.

La HAS a établi en 2005 des recommandations pour le suivi et le dépistage individuel de l'enfant de 28 jours à 6 ans, et celui de l'enfant de 7 à 18 ans [3].

Depuis le 1er mars 2019, l'Assurance Maladie[32] prend en charge vingt examens systématiques de la naissance à 16 ans dont trois permettent la rédaction d'un certificat médical. Ces examens sont indiqués dans le tableau 32.1.

Chaque consultation de suivi met en œuvre plusieurs axes de surveillance évolutive et de prévention qui sont développés dans ce chapitre.

Un entretien avec les parents favorise la mise en évidence d'éventuelles difficultés de parentalité. Les consultations itératives et la connaissance du milieu de vie de l'enfant permettent de réaliser une évaluation globale au fil du temps.

Tableau 32.1 **Calendrier des vingt examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent.**

Âge de l'enfant	Nature de la visite	Cotation
8e jour	Consultation et rédaction d'un certificat médical	COE 46 €
2 semaines	Consultation unique	COD 30 €
De 0 à 6 mois	Une consultation par mois	COD 30 €
9 mois	Consultation et rédaction d'un certificat médical	COE 46 €
11 mois	Consultation unique	COD 30 €
12 mois	Consultation unique	COD 30 €
Entre 16 et 18 mois	Consultation unique	COD 30 €
24 mois	Consultation et rédaction d'un certificat médical	COE 46 €
De 2 ans à 6 ans	Une consultation par an	COD 30 €
Entre 8 et 9 ans	Consultation unique	COB 25€
Entre 11 et 13 ans	Consultation unique	COB 25 €

Entretien avec les parents, guidance parentale

Dans un premier temps de la consultation, le médecin cherche à obtenir un maximum d'informations sur l'environnement physique et familial dans lequel l'enfant évolue.

Il identifie les personnes vivant au domicile avec l'enfant (frères et sœurs, grands-parents, etc.) et s'assure

[32] Décret nº 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

que ses besoins fondamentaux sont assurés, à savoir : contact parental, sommeil, soins d'hygiène, alimentation, sécurité. Ces besoins ne sont pas mutuellement exclusifs, ils se complètent et s'interconnectent les uns aux autres. Il est utile de reprendre ces points à chaque rencontre.

Contact parental

L'observation attentive du ou des parents aux différents temps de la consultation est un élément précieux, riche en informations, débutant dès la salle d'attente. Laisser les parents faire un maximum de choses durant la consultation est pour cela utile — découvrir l'enfant en début de consultation, réagir aux stimulations de l'enfant sans les interrompre, le nourrir, le déshabiller, le changer, le consoler, etc. Ces gestes montrent au médecin un aperçu de ce qu'il se passe au domicile, donnent aux parents un rôle pendant la consultation et leur permettent de s'assurer du bien-fondé des gestes qu'ils exécutent sous les yeux du médecin.

Sommeil

Des notions sur le sommeil du nourrisson et de l'enfant et les conseils à donner aux parents sont à connaître [4].

Ces normes sont indicatives et servent de points de repère pour les parents et le médecin (tableau 32.2). Il existe une grande variabilité sur le temps de sommeil ; certains nourrissons sont des « petits dormeurs ».

Le temps de sommeil du nouveau-né est de 16 à 18 heures sur 24 heures. Il est réparti tout au long des 24 heures par périodes de 3 à 4 heures avec un sommeil calme (similaire au sommeil profond) et un sommeil agité (similaire au sommeil paradoxal). Le nouveau-né ne se repère pas dans le temps et ne distingue pas le jour et la nuit : le rythme est dit « ultradien ». Il est notamment influencé par la faim du nourrisson.

Tableau 32.2 **Temps de sommeil des enfants en fonction de l'âge.**

	Temps de sommeil global	Sieste
Nouveau-né	16 à 18 heures	
Entre 1 et 6 mois	Apparition d'un rythme circadien et périodicité jour-nuit	
6 mois	15 heures	3 siestes dans la journée
Entre 6 mois et 1 an	13 à 14 heures	2 ou 3 siestes dans la journée
1 an	13 à 14 heures	2 siestes (celle de fin d'après-midi disparaît)
18 mois	13 heures	Une seule sieste
Entre 2 et 4 ans	13 heures	Une sieste qui disparaît au fil du temps
6 ans	11 heures	
Entre 8 et 10 ans	10 heures	

Entre 1 et 6 mois, le sommeil du nourrisson évolue pour commencer à ressembler à celui de l'adulte. Le passage à un rythme circadien et l'apparition d'une périodicité jour-nuit surviennent à partir du 3e ou 4e mois via les synchronisateurs externes (principalement la relation avec sa mère). L'enfant présente un sommeil nocturne et peut « faire ses nuits ». Préciser aux parents ce que signifie faire ses nuits est utile : dormir 5 à 6 heures d'affilée sans éveil de longue durée ni alimentation, et non pas dormir de 20 h à 8 h comme l'imaginent certains.

L'altération du sommeil a un impact négatif sur le neurodéveloppement. Le médecin s'assure que le nourrisson ait une durée de sommeil compatible avec son âge et qu'il dorme dans des conditions lui permettant d'avoir un sommeil d'une qualité adaptée à ses besoins et en sécurité.

La **mort inattendue du nourrisson** (environ 250 décès par an en France) peut toucher un bébé de 0 à 24 mois et, dans 8 cas sur 10, elle survient avant l'âge de 6 mois. Pour la prévenir, il est recommandé que le bébé dorme dans son propre lit, allongé sur le dos, à plat, sans objet à l'intérieur du lit. Les dispositifs pour le caler dans une position sont dangereux et non recommandés. La pièce n'est pas surchauffée, la température idéale étant de 18 à 19 °C. Le tabagisme passif constitue également un facteur de risque majeur.

Le **sommeil partagé** avec les parents, ou *co-spleeping*, n'est pas recommandé. Avec ses oreillers, ses couettes ou ses couvertures, le lit d'un adulte, ou même un canapé, n'est pas adapté à un nourrisson. Il risque d'avoir trop chaud et de s'enfouir le visage. Des accidents d'écrasement thoracique arrivent quand l'adulte dort profondément. En cas d'allaitement dans le lit parental, le bébé est replacé dans son propre lit ensuite.

Les **troubles du sommeil chez l'enfant** sont un motif classique de consultation. Ces difficultés sont mal vécues par les parents en raison de l'angoisse et de la fatigue générées. L'écoute des parents est primordiale, de même que la réassurance thérapeutique. Tant que l'enfant est souriant avec un bon contact et que l'examen clinique est normal, aucune investigation n'est nécessaire. Ces divers troubles peuvent être anticipés par des conseils sur le sommeil de l'enfant, à aborder dès les premières consultations pour éviter certains écueils et aider ainsi les parents et leur enfant à faire que l'endormissement et la nuit se passent sereinement.

Les **pleurs du soir** des premiers mois sont les témoins de la mise en place de l'horloge biologique. Ils sont fréquents et très intenses à la fin du premier mois. Difficiles à apaiser, ils sont une source d'angoisse pour les parents (cf. chapitre 33).

Les **éveils nocturnes** à la fin des cycles de sommeil sont physiologiques. Les parents sont à rassurer sur la normalité de ces éveils et la nécessité de laisser le bébé se rendormir seul pour apprendre à trouver son sommeil. Une intervention trop précoce et trop importante des parents peut engendrer l'apparition de difficultés au réendormissement, l'enfant se réveillant complètement au contact de ses parents.

Prévention
Un enfant qui pleure beaucoup ou qui dort peu ou mal est un facteur de risque de maltraitance et de syndrome du bébé secoué.
Le rôle du médecin généraliste est alors de questionner les parents sur leur état de fatigue et de donner des conseils de prévention avec bienveillance. En cas d'énervement trop important, conseiller aux parents de laisser l'enfant à un tiers ou le laisser dans un endroit sécurisé et d'aller se calmer dans une pièce attenante.

Les conseils aux parents pour consolider le rythme du nourrisson sont d'offrir des donneurs de temps : régulariser les horaires de lever et de coucher, ainsi que les heures de repas dans la mesure du possible à partir de 4 mois (apparition du cycle jour/nuit), accentuer le contraste jour/nuit (le placer dans l'obscurité la nuit, s'en occuper en silence et dans une demi-obscurité lorsqu'il se réveille, et passer la journée dans une pièce à la lumière), instaurer un rituel au coucher.

Une tétine pour la succion et un « doudou » comme objet transitionnel sont des éléments qui peuvent être conseillés. L'endormissement dans les bras, notamment au sein est fréquent, l'enfant qui a cette habitude pour son endormissement réclame les mêmes conditions lorsqu'il se réveille dans la nuit, ce qui peut entraîner une fatigue des parents. L'enfant doit comprendre que le lit est l'endroit fait pour dormir ; il faut donc éviter de jouer avec lui dans ce lit et ne pas surcharger son berceau de jouets. Les écrans (télévision, téléphone, tablettes…) sont à bannir avant le coucher.

Prévention
L'OMS et le CSA[33] recommandent de ne pas utiliser d'écran avant 3 ans et, au-delà, de toujours accompagner les enfants, en choisissant les programmes avec eux et en respectant les indications d'âge. Le temps d'écran est surveillé, de 30 à 40 minutes par jour avant 6 ans, et inférieur à 60 minutes avant 10 ans. Une attention particulière est apportée aux choix des programmes, à l'utilisation des jeux vidéo, et à la navigation sur Internet. Dans tous les cas, quel que soit l'âge de l'enfant, il faut éviter les écrans avant l'école, pendant les repas et avant le coucher pour favoriser respectivement l'attention et le sommeil.

Les **parasomnies** sont des phénomènes fréquents : les cauchemars, le somnambulisme, les terreurs nocturnes, les cauchemars, le bruxisme (grincement des dents). Les cauchemars, présents chez de nombreux enfants, ne deviennent un problème que lorsque ceux-ci entraînent une difficulté d'endormissement par crainte d'aller au lit. Les enfants ayant le souvenir de cet événement, la verbalisation de ces rêves difficiles et la réassurance par les parents sont nécessaires. Les terreurs nocturnes, généralement avant 7 ans, débutent 1 à 3 heures après l'endormissement. Le tableau est bruyant, l'enfant hurle et pleure dans son lit, il est impossible à réveiller. Le lendemain, il n'a aucun souvenir de l'évènement. Les parents sont rassurés par le fait qu'il n'y a pas de conséquences sur le développement de l'enfant et que ces épisodes vont régresser spontanément.

Alimentation

Les besoins alimentaires du nourrisson évoluent avec l'âge. Durant les quatre premiers mois, l'alimentation est exclusivement lactée (lait maternel ou lait de vache adapté). Ensuite, au-delà du rôle nutritionnel et de prévention des allergies alimentaires de la diversification, celle-ci peut également jouer un rôle dans l'acquisition d'automatismes neurodéveloppementaux essentiels (toucher la nourriture, la goûter, mâcher, déglutir, tenir une cuillère, etc.).

Allaitement

Le nourrisson a une alimentation lactée exclusive jusqu'à 4 à 6 mois (excepté la supplémentation en vitamine D quel que soit le type d'allaitement et en vitamine K dans le cadre de l'allaitement maternel). Les bienfaits et les avantages de l'**allaitement maternel** sont bien connus. L'allaitement est un choix personnel et le médecin a un rôle de soutien quelle que soit la décision prise par la mère. Il vaut mieux un biberon de préparation pour nourrisson donné avec plaisir qu'un allaitement maternel vécu comme une contrainte et source de souffrance pour la mère. L'insuffisance lactée est rare, causée le plus souvent par quelques erreurs sur la pratique de l'allaitement réparables avec quelques conseils adaptés :

- tétée à la demande ;
- position du nourrisson confortable pour la mère et pour l'enfant ;
- prise de l'aréole et non simplement du mamelon ;
- l'observation d'une succion efficace ;
- alimentation et hydratation suffisante de la mère ;
- nécessité d'un environnement calme et serein ;
- nécessité d'un entourage aidant.

L'arrivée d'un enfant bouleverse généralement le quotidien des parents, ceux-ci ont tendance à oublier ces conseils relativement simples et de bon sens.

Prévention
Toujours tester la chaleur des biberons qui constitue un risque important de brûlures. La température idéale est la température ambiante ; si le biberon est chauffé, la température ne doit pas excéder les 37 °C.

Concernant l'**allaitement artificiel** quelques conseils sont rappelés aux parents :

- 30 ml d'eau pour 1 cuillère-mesure rase de lait sont nécessaires dans le biberon ;
- il n'est pas nécessaire de stériliser les biberons ; le lavage à l'eau et au liquide vaisselle est suffisant, en faisant sécher le biberon tête en bas ;
- les recommandations d'hygiène n'imposent pas, dans nos conditions courantes d'habitat, d'utiliser une eau en bouteille.

[33] Conseil supérieur de l'audiovisuel. Les enfants et les écrans : les conseils de l'Arcom. [En ligne]. Paris : CSA ; Disponible sur https://www.csa.fr.

L'eau du robinet peut être utilisée, sous réserve que sa composition soit conforme et respecte des exigences de qualité alimentaire fixées par arrêté ministériel.

La diversification alimentaire

La diversification alimentaire est le sujet d'un éternel débat. Les pratiques ont évolué au fil des années et les vérités d'hier ne sont plus celles d'aujourd'hui. De nombreuses évictions alimentaires ont par exemple été préconisées jusque dans les années 2000 afin d'éviter certaines allergies.

Cette partie reprend les points essentiels pour répondre aux questions les plus fréquentes des parents, à partir de la synthèse de la Société européenne de gastro-entérologie pédiatrique [5]. Les réponses apportées ne sont pas exhaustives, il existe des ouvrages et des recommandations plus complètes pour approfondir les points évoqués.

La diversification peut débuter à partir du 4e mois, les fonctions rénales et intestinales étant suffisamment matures à cet âge. Il existerait un risque plus élevé d'allergie et de surpoids si les solides sont introduits avant 3 ou 4 mois. Sur le plan du neurodéveloppement, il est possible de débuter une alimentation mixée via une cuillère à partir de 4 mois de façon sécurisée.

Il n'existe actuellement pas de consensus sur le moment optimal de la diversification, seulement une échelle de 4 à 6 mois. Les pratiques sont multiples selon chaque pays. Certains pays introduisent quelques aliments entre 4 et 6 mois alors que d'autres débutent une réelle diversification entre 4 et 6 mois.

Il n'existe aucune donnée validée par la littérature scientifique qui permette de mener la diversification. Les propositions de faire débuter par les légumes ou les fruits, ou encore de débuter par des légumes plus sucrés plutôt que par des légumes amers ne sont donc que des recommandations. Les parents sont libres de mener leur diversification tant que celle-ci respecte les apports nutritionnels. Le carnet de santé renseigne les parents pour certains repères pratiques[34]. Des différences existent sur les aliments introduits en fonction des habitudes culturelles et des populations ; elles nécessitent une adaptation du praticien.

Les dernières études confirment le fait que l'introduction des allergènes ne doit pas être retardée, encore plus en cas de terrain atopique parental. Le gluten est introduit entre 4 et 12 mois ; l'allaitement maternel n'apporte aucune protection pour la maladie cœliaque.

Les enfants présentent une appétence pour le sucré et le salé et un dégoût envers l'amertume. Néanmoins, les parents peuvent influencer les préférences de l'enfant en proposant la plus grande variété possible d'aliments y compris des légumes plus amers. Il est important de préciser aux parents qu'un enfant doit recevoir un nouveau goût huit à dix fois avant de l'accepter, il ne faut donc pas hésiter à proposer à un enfant un aliment à de multiples reprises même s'il semble ne pas apprécier immédiatement cet aliment. Il est nécessaire de rappeler le respect des sensations alimentaires, afin de ne pas inciter à un dépassement constant de la satiété.

La « diversification menée par l'enfant » propose d'introduire une alimentation solide plus précocement que d'habitude, choisie par l'enfant à partir de 6 mois quand il commence à tenir assis avec appui, calé dans sa chaise haute, après avis du médecin et sous la surveillance des parents. En complément du lait, l'enfant se saisit du ou des morceaux par lui-même (de la taille de son poing fermé), à son rythme et sous la surveillance constance d'un adulte.

Prévention

L'apprentissage de l'alimentation passe par les goûts et les saveurs mais aussi par la façon de s'alimenter. Il est important que les parents ne projettent pas leurs propres goûts et dégoûts sur leurs enfants au risque de développer des peurs alimentaires infondées. Ils doivent également leur apprendre à respecter leurs sensations alimentaires (faim et satiété), afin d'éviter l'apparition de troubles du comportement alimentaire. Si une diversification menée par l'enfant est envisagée, elle doit toujours se dérouler sous la surveillance du parent.

Le choix entre une alimentation issue de la filière agroalimentaire et des plats préparés à la maison dépend de ce qui est préparé à la maison. Les préparations du commerce peuvent avoir l'avantage d'une plus grande variété de goût et de texture, avec un risque d'addition de sel et de sucre supérieur aux apports nécessaires à l'enfant. Bien que les préparations pour nourrisson soient équilibrées sur le plan nutritionnel, deux études ont montré que ces préparations présentaient peu de variété et que les légumes choisis étaient plutôt doux et sucrés (patate douce, carottes…) [6, 7]. Ainsi, ces deux méthodes ont leurs inconvénients et leurs avantages. Le choix est donc fonction des souhaits, des possibilités et de l'environnement des parents.

L'allaitement maternel ou les préparations de lait 2e âge ne sont pas remplacés par le lait de vache entre 6 et 12 mois du fait d'un risque accru d'anémie ferriprive. Entre 1 et 3 ans, la Société française de pédiatrie recommande un lait de croissance [8]. Cette proposition ne reposant pas sur des données cliniques probantes le Collège national des généralistes enseignants ne recommande pas l'utilisation de ces laits [9]. L'OMS et EFSA (*European Food Safety Authority*) estiment que les laits de croissance n'apportent pas de valeur supplémentaire à une alimentation équilibrée[35]. L'intérêt potentiel des laits de croissance repose notamment sur un apport plus important en vitamine D, en oméga 3 et en fer. Ces éléments peuvent être apportés par une alimentation équilibrée et variée en complément du lait de vache entier ou demi-écrémé.

Il n'y a pas à l'heure actuelle de données suffisantes pour le choix des aliments ayant un intérêt sur le plan cognitif et cardiovasculaire.

[34] Ministère des Solidarités et de la Santé. Carnet de santé de l'enfant, version 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf.

[35] Autorité européenne de sécurité des aliments (*European Food Safety Authority*). « Le lait "de croissance" : l'EFSA déclare qu'il n'apporte pas de valeur supplémentaire à une alimentation équilibrée » [En ligne]. Parma Italy : EFSA ; 2018. Disponible sur https://www.efsa.europa.eu/fr/.

Les apports protéinés sont souvent importants chez le nourrisson (supérieurs aux 15 % recommandés) et responsables d'un risque accru d'obésité par la suite.

Le miel est à éviter avant 12 mois (risque de *Clostridium botulinum*) ainsi que les boissons à base de riz (exposition à l'arsenic). Pour les poissons, certaines variétés notamment les poissons prédateurs sont plus à risque de teneur élevée en mercure. Dans le cadre de la prévention du syndrome hémolytique et urémique de l'enfant, deux catégories d'aliments sont concernées : les viandes hachées et les produits à base de lait cru. Le lait cru et les fromages à base de lait cru ne doivent pas être consommés par les enfants de moins de 3 ans et la cuisson des viandes, surtout celle de la viande hachée de bœuf, doit être effectuée à cœur.

Prévention
L'utilisation de boissons à base de végétaux n'est pas indiquée chez le nourrisson, du fait d'apports protéiques et calciques insuffisants et de la présence de phyto-estrogènes. Quel que soit le régime alimentaire des parents (végétarisme, véganisme…), il ne doit pas être imposé à l'enfant sous peine de carences importantes impactant le développement. Une alimentation trop faible ou inadaptée peut être apparentée à une situation de négligence voire de maltraitance.

Environnement de l'enfant

Environnement

L'environnement dans lequel évolue l'enfant à un impact sur sa santé physique et psychique.

Il est acquis par l'OMS que l'insalubrité environnementale (air, eau, terre) peut être responsable de l'état de santé des enfants. Si dans les pays en voie de développement la qualité de la terre et de l'eau est responsable d'infections parfois graves et de malnutrition, la qualité de l'air des pays industrialisés est mise en cause dans diverses pathologies pulmonaires et allergiques. Il s'agit pour le praticien de connaître le lieu d'habitation de l'enfant, de s'assurer que celui-ci est salubre et que les conditions de vie de l'enfant sont propices à son épanouissement. Avec bienveillance, le praticien peut questionner sur le niveau socio-économique des parents, et les renseigner, le cas échéant, sur les aides sociales adaptées.

Cet environnement est aussi un élément clé du développement psychomoteur. Le cerveau se forme dès la gestation et pendant les premières années de vie de l'enfant. Cette phase essentielle de développement permet l'acquisition de compétences et connaissances (habiletés motrices, langage, mémoire, émotions, confiance en soi).

Ces compétences dépendent de facteurs génétiques, de facteurs familiaux (niveau d'éducation des parents, stimulation de l'enfant, pratiques éducatives) et de facteurs institutionnels (pratiques pédagogiques de l'école, structures d'accueil de l'enfant, influence sociale du quartier de résidence).

Pour un bon développement des capacités de l'enfant, l'environnement matériel doit être un espace stimulant et sécurisé.

Il existe en France de nombreuses inégalités sociales de santé, avec un gradient Nord-Sud. Le praticien adapte sa pratique et ses conseils au niveau social et éducatif de l'environnement de l'enfant pour lui prodiguer les soins adaptés.

Santé publique France met à la disposition des parents et des professionnels un site riche de ressources et conseils[36].

Prévention des accidents domestiques

Les accidents domestiques sont à l'origine de 5 millions de recours aux urgences en France et de plus de 20 000 décès chaque année d'après l'Institut national de veille sanitaire (InVS). Selon l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) publiée par Santé publique France [10] en 2017, près de 44,6 % de ces accidents concernaient les moins de 14 ans et 50,4 % avaient lieu au domicile. Le temps des consultations systématiques du nourrisson et de l'enfant est un temps privilégié de prévention de ces accidents. Le médecin généraliste rappelle aux parents les pages du carnet de santé concernant les préventions des accidents domestiques en fonction de l'âge. Les réflexes de prévention sont détaillés dans les pages 38 et 39 du carnet de santé : installer des caches prises, des bloque-portes et des coins de table, ne pas laisser un enfant seul avec un animal et choisir des jouets et équipements (porte-bébé, siège voiture) adaptés à son âge et à son poids.

Syndrome du bébé secoué

« *Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme cranio-cérébral* [11]. »

Ce traumatisme est provoqué par le ballottement du cerveau dans la boîte crânienne avec arrachement des veines ponts du fait des décélérations antéro-postérieures de la tête. Cliniquement, les symptômes surviennent immédiatement après le secouement, il n'y a pas d'intervalle libre. Ces symptômes ne sont pas toujours bien décrits par la famille, ni même identifiés lors de la première consultation et peuvent induire un retard diagnostique. La suspicion d'un syndrome du bébé secoué impose une hospitalisation en urgence.

Facteurs de risque du syndrome du bébé secoué selon la HAS (2017)

- Nourrisson de moins de 1 an.
- Sexe masculin.
- Prématurité ou complications médicales périnatales.
- Séparation mère-enfant en période néonatale.
- Grossesse multiple, grossesses rapprochées, grossesse non désirée.
- Pleurs inconsolables.
- Troubles du sommeil ou de l'alimentation.
- Interventions antérieures des services sociaux.

Maltraitance

La maltraitance sur les enfants peut être physique et/ou psychologique et inclut la négligence physique ou affective. Elle touche toutes les catégories socioprofessionnelles. Connaître les facteurs de risque permet au médecin généraliste de prévenir ces situations de maltraitance, de les rechercher et de les signaler en cas de doute.

[36] https://www.1000-premiers-jours.fr/fr.

Point médico-légal
« Le fait de ne pas informer les autorités, judiciaires ou administratives, de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligées à un mineur est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 434-3 du Code pénal). Dans les cas de maltraitance d'un mineur, le secret professionnel du médecin est levé vis-à-vis des autorités administratives et judiciaires (art. 226-14 du Code pénal), pour permettre le signalement. » Le médecin qui fait un signalement ne peut être poursuivi pour diffamation même si les appréhensions qu'il a transmises ne sont pas confirmées.

Signalement et information préoccupante

Signalement au procureur de la République, en cas de gravité
Rédaction d'un certificat médical descriptif avec description objective des lésions sans interprétation, paroles et dires placés entre guillemets ou au conditionnel, sans mise en cause directe d'un tiers (modèle de signalement type disponible sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins). Incapacité totale de travail (ITT) > 8 jours si lésions sévères.
Signalement au Procureur (joignable 24 heures sur 24) par téléphone et par courrier.
Si danger immédiat : hospitalisation avec l'accord des parents, ou sans en faisant un signalement en urgence pour obtenir une ordonnance de placement provisoire (OPP).

Information préoccupante, en l'absence de danger immédiat ou de gravité
Pas de rédaction de certificat médical descriptif. Pas de mise en cause directe d'un tiers.
Information à la cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP) par courrier sous pli confidentiel ou par téléphone (joignable aux heures d'ouverture de bureaux).
Après accord des parents dans la mesure du possible.
(D'après : Kahn-Bensaude I, Faroudja JM. La Protection de l'enfance, signalement et information préoccupante, « mieux prévenir, mieux signaler, mieux intervenir ». Rapport du Conseil de l'Ordre des médecins, 2016.)

Apport de l'examen clinique

Spécificités de la médecine générale de l'enfant

Les médecins généralistes, en tant que « médecins de famille », assurent le suivi médical des enfants dès la sortie de maternité et à de nombreuses reprises dans le temps jusqu'à l'adolescence.

Le médecin généraliste de l'enfant est souvent le médecin traitant de ses parents, grands-parents, frères et sœurs, etc. Cette connaissance élargie de la famille et l'approche globale spécifique à la discipline, apportent des éléments importants sur l'environnement dans lequel le nourrisson puis l'enfant évolue.

Le raisonnement médical dans ces situations de soins repose sur les mêmes principes généraux que ceux qui prévalent pour l'ensemble des autres spécialités. Certaines caractéristiques spécifiques à la médecine de l'enfant nécessitent d'être prises en compte.

Les enfants ne peuvent pas être considérés comme des « petits adultes ». La physiologie de l'organisme des enfants est évolutive en fonction du temps, notamment lorsqu'il s'agit d'évoquer les facteurs de risque, les symptômes, les signes associés ou les traitements possibles. La prévalence des pathologies dans la population des enfants est en général différente de celle de la population adulte. Certaines pathologies sont spécifiques aux enfants (comme certaines dermatoses éruptives fébriles, les convulsions fébriles, l'invagination intestinale aiguë) et d'autres ne les concernent jamais (l'arthrose, l'athérosclérose, la stéatose hépatique, par exemple).

Il existe des variations à connaître des « normes » physiologiques, biologiques ou radiologiques en fonction de l'âge de l'enfant. La démarche sémiologique n'est pas superposable à celle mise en œuvre face à un patient adulte :

- les enfants ne sont pas capables de s'exprimer de façon intelligible jusqu'à un certain âge (variable d'un enfant à l'autre ; en général, un enfant de 4 ans est compris par tout le monde), et même lorsque le langage est intelligible, l'expression d'un ressenti (douleur, gêne, fatigue, etc.) ou sa localisation ne sont pas toujours fiables ;
- l'examen est parfois difficile, du fait de l'agitation et des pleurs, particulièrement entre 9 à 11 mois et 3 ans. Il s'agit d'une étape normale du neurodéveloppement de l'enfant nommée « peur de l'étranger ». L'enfant n'est ni forcé ni brusqué si possible et l'examen est parfois différé, pour que la consultation ne soit pas vécue comme traumatique, ce qui entraînerait de l'angoisse par anticipation dès l'entrée dans le cabinet, voire dans la salle d'attente, lors des consultations ultérieures.

La relation de soins est spécifique, s'agissant d'une relation tripartite médecin-enfant-parents. Aucun des protagonistes de cette interaction n'est négligé. Le médecin s'adresse autant aux parents qu'à l'enfant, quel que soit son âge.

L'observation est une phase fondamentale de l'examen. Il est nécessaire de prendre le temps de s'approcher de l'enfant, ni trop vite ni trop près, de communiquer, d'expliquer ce qu'il se passe, de laisser un contact entre les parents et l'enfant. Le médecin évite également de commencer par un examen instrumental.

L'anxiété de l'enfant et celle des parents ont tendance à se potentialiser. Mettre les parents en action pendant la consultation en les faisant contribuer à l'examen clinique est un moyen de réduire cette anxiété et permet au médecin de se rendre compte de la façon dont les parents procèdent à la maison avec leur enfant.

La communication avec les parents amène le médecin à faire preuve d'écoute et d'ouverture d'esprit. Les parents peuvent faire des erreurs en cherchant, en règle générale, à faire au mieux pour leur(s) enfant(s). Dans ce cas, il est important de ne pas porter de jugement et de rester bienveillant dans la guidance parentale.

Le médecin écoute les plaintes qui ne correspondent pas à son « référentiel ». Il veille à utiliser un langage compréhensible et courant, moins anxiogène que le langage médical technique. Il sait que les parents n'ont pas son recul sur les pathologies et il leur explique les évolutions possibles en fonction de son diagnostic de situation à la fin de la

consultation. Il évite les messages implicitement contradictoires (par exemple, rédiger une ordonnance contenant un bon nombre de médicaments après avoir annoncé une pathologie bénigne…).

Examen clinique et neurodéveloppement

Le neurodéveloppement interagit selon deux points de vue au cours de l'examen clinique : l'examen permet d'investiguer le neurodéveloppement de l'enfant et la connaissance par le médecin du neurodéveloppement de l'enfant influence l'examen clinique.

Au cours de l'examen de l'enfant, le médecin intègre et analyse un grand nombre d'informations. Certaines de ces informations arrivent au médecin de façon passive — elles nécessitent alors de redoubler de vigilance durant l'examen afin de ne pas les manquer —, et d'autres nécessitent d'exécuter des tests spécifiques afin de les recueillir.

L'examen commence par un temps suffisamment long d'observation du nourrisson totalement déshabillé et allongé sur la table d'examen, avant d'entamer les investigations spécifiques de l'examen physique. Afin de ne pas perturber le nourrisson et cette phase de premier recueil d'informations, la salle d'examen est aménagée pour ne pas créer d'inconfort pour le nourrisson : pièce suffisamment chauffée, drap d'examen propre et agréable au toucher, couches de « dépannage », suffisamment de place pour qu'au moins un des parents puisse rester en contact avec son enfant, lumière d'intensité adaptée, pièce au calme, etc. L'installation d'un miroir est utile et permet d'observer le nourrisson dans son intégralité — plus tard, il permet également à l'enfant de se regarder et de se reconnaître dans le miroir.

Il existe de nombreux tests standardisés d'évaluation du neurodéveloppement de l'enfant validés internationalement (test de Denver, échelle de Brunet-Lézine, etc.). Le temps de passation et la nécessité d'être régulièrement renouvelés sont un obstacle à l'utilisation en routine.

Le carnet de santé peut servir d'outil d'aide au déroulement de la consultation ; il demande au médecin de valider un ensemble d'éléments concrets et observables, reflet des étapes clés du neurodéveloppement en fonction de l'âge. Une expertise collective de l'Inserm [13] en 2004 a regroupé les principaux éléments à rechercher au fil des consultations (tableau 32.3).

Examen physique

Il commence dès qu'un contact visuel est établi entre le médecin et l'enfant accompagné de ses parents, c'est-à-dire dans la salle d'attente. L'observation de l'enfant et du lien parents-enfant(s) se fait d'abord à distance. Le médecin fait preuve d'une attention permanente et prend conscience du recueil passif des éléments observables. Il a une capacité particulière à détecter ces éléments et à reconcentrer son attention sur un élément en cas d'atypie.

Une fois l'enfant entièrement déshabillé, le médecin inspecte l'enfant : comportement, faciès, teint, coloration, posture. La majorité de l'examen clinique peut se passer dans les bras ou sur les genoux des parents, élément parfois rassurant pour l'enfant et/ou ses parents.

Le médecin dispose d'un ensemble de jouets ou autres objets destinés à détourner l'attention de l'enfant pendant

Tableau 32.3 **Principaux éléments du développement de l'enfant de 0 à 24 mois.**

Motricité	
Renforcement du tonus axial dans un sens céphalo-caudal ; les acquisitions motrices progressent de façon descendante	
3 mois	Contrôle de la tête
6 mois	Station assise avec appui latéral des mains
7 à 9 mois	Station assise sans appui
9 mois	Station debout avec appui
10 à 12 mois	Station debout sans soutien
12 à 18 mois	Marche autonome
18 mois	Monte les escaliers, court, saute sur deux pieds
Préhension	
3 mois	Préhension au contact
6 mois	Passe d'une main à l'autre
9 mois	Opposition pouce-index
12 mois	Manipulation plus fine (pastille dans une bouteille)
18 mois	Tour de 3 cubes, commence à manger seul
24 mois	Tour de 6 à 8 cubes, tourne les pages d'un livre
36 mois	Se déshabille seul, déboutonne, mange seul
Langage	
3 mois	Gazouillis-voyelles
6 mois	Gazouillis-consonnes
8 mois	Papa-maman non spécifique (bi-syllabes)
10 mois	Papa-maman approprié
14 à 15 mois	Jargon et 3 mots
18 mois	Nomme les 5 parties du corps
18 à 24 mois	Explosion lexicale, reproduit sons et rythme
24 mois	Vocabulaire de 50 mots, phrases de 2 ou 3 mots, « je-tu-moi »
Interactions sociales	
0 à 3 semaines	Fixe le regard
6 à 3 mois	Sourire social (« réponse »)
3 à 6 mois	Sourire sélectif, rit aux éclats à 4 mois
7 à 8 mois	Répond à son prénom
8 à 9 mois	Peur de l'étranger, permanence de l'objet
20 mois	Accès à la notion de symbolique
24 mois	« Oui-non », obéit à un ordre simple, « jeu parallèle »

l'examen clinique pour réduire son anxiété d'être manipulé par un inconnu. Il a également dans son cabinet un ensemble de matériels de puériculture comme des couches de rechange, une table à langer voire une salle dédiée à l'allaitement maternel.

Ressenti clinique

C'est une composante indispensable à l'exercice de la médecine en général, et particulièrement en médecine de l'enfant. Il s'acquiert avec la pratique et l'expérience dans un état d'esprit réflexif et analytique sur sa propre activité.

Par exemple :

- un enfant qui pleure vigoureusement est le signe d'une énergie musculaire respiratoire compatible avec l'intensité des pleurs, signe plutôt rassurant concernant la fonction respiratoire et le tonus musculaire ;
- un enfant endormi (et bien coloré) peut être considéré comme un enfant qui ne ressent ni douleur, ni faim, ni autre gêne ;
- quels que soient ses symptômes, un enfant qui court, joue et explore les moindres recoins de la salle d'attente, du bureau ou de la salle d'examen incite à rassurer sur leur tolérance.

Repérer les troubles neurodéveloppementaux de l'enfant

Les troubles neurodéveloppementaux (TND) de l'enfant sont un ensemble hétérogène d'entités nosologiques entraînant des difficultés durables voire permanentes, dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques, qu'elles soient intellectuelles, motrices ou même sociales. Leurs étiologies sont complexes et souvent inconnues.

La classification du DSM-5 regroupe les handicaps intellectuels, les troubles de la communication (langage, parole), les troubles du spectre autistique, les troubles spécifiques des apprentissages (troubles « dys »), les troubles moteurs (coordination, mouvements stéréotypés), les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, l'exposition prénatale à l'alcool, et la paralysie cérébrale.

La prévalence des TND est estimée entre 5 et 15 %, variable selon les sources et selon les définitions employées. Les facteurs de risque identifiés de TND sont : prématurité (le plus fréquent), encéphalopathies hypoxiques/ischémiques, AVC, cardiopathies congénitales, exposition à des médicaments (acide valproïque, psychotropes) ou à des toxiques (alcool), infection congénitale au CMV ou à la toxoplasmose, sepsis en période néonatale précoce, hyperbilirubinémies, vulnérabilités psychosociales.

En cas de prématurité, les facteurs de risque de TND sont :

- familiaux : mère issue d'un milieu social défavorisé, jeune (moins de 25 ans), antécédent de TND dans la fratrie ;
- prénataux : absence de corticothérapie prénatale, absence d'administration de sulfate de magnésium anténatal (en cas de menace d'accouchement prématuré imminent) ;
- postnataux : hémorragie intraventriculaire de grade 3/4, leucomalacie périventriculaire, sepsis néonatal, dysplasie bronchopulmonaire, entérocolite ulcéro-nécrosante avec recours chirurgical, administration postnatale de corticoïdes.

Les signes d'appel et la démarche d'accompagnement initial sont souvent communs à l'ensemble des TND. Cela commence par prendre soin d'investiguer de façon minutieuse les événements de la période néonatale au moment de la première consultation de sortie de maternité.

Le médecin de l'enfant peut être en difficulté lors d'une suspicion de TND. La crainte d'une réaction négative de la part des parents est un frein à l'annonce et à une prise en charge précoce. Une fausse réassurance entraîne un retard de diagnostic, parfois délétère pour une prise en charge optimale de l'enfant et sa famille [14].

Les réseaux régionaux de périnatalité sont des dispositifs spécifiques de suivi des enfants présentant un TND ou à risque d'en présenter. Il existe également des plateformes d'orientation et de coordination qui peuvent être une aide précieuse lorsque le médecin s'inquiète du neurodéveloppement d'un enfant dont il est en charge du suivi.

Examens en fonction de l'âge

Le carnet de santé inclut toutes les consultations de dépistage recommandées (cf. tableau 32.1 du calendrier des consultations).

Certaines consultations, en dehors des consultations systématiques, ont une cotation spécifique :

- dépistage des troubles auditifs avant l'âge de 3 ans : CDRP002 ;
- dépistage des troubles visuels avec examen de la vision binoculaire (test de Lang) BLQP010 25 ;
- consultations de suivi et de coordination des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité : CSO, deux fois par an ;
- première consultation de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles : CPP.

Ces consultations systématiques et examens obligatoires vérifient le bon développement de l'enfant par un suivi médical régulier des premières années de vie à l'adolescence.

La base de chacun de ces examens est détaillée dans le carnet de santé.

Les éléments phares de ces consultations de suivi, en complément du carnet de santé, sont rappelés ci-dessous.

Quel que soit l'âge de l'enfant, le médecin remplit les courbes de croissance dans le carnet de santé, permettant une vision globale du développement staturo-pondéral et un repérage précoce des troubles.

Examen de la 2e semaine

L'interrogatoire recherche des facteurs de risque de déficit neurosensoriel :

- généraux : prématurité < 32 SA, poids < 1 500 g, trisomie 21, embryofœtopathies, exposition toxique in utero (tabac, alcool) ;
- déficit visuel : antécédent de strabisme chez l'un des parents ; troubles sévères de la réfraction (myopies sévères et précoces, amblyopie, astigmatisme, maladie ophtalmologique héréditaire) → Programmation d'une consultation ophtalmologique entre 9 et 12 mois ;
- déficit auditif : antécédent familial de prothèse auditive avant 50 ans.

Un dépistage échographique de la luxation congénitale de la hanche est à programmer à 1 mois de vie si :

- présentation par le siège ;
- antécédent familial au premier degré de luxation congénitale de hanche ;
- anomalies orthopédiques, éléments du syndrome postural : torticolis congénital, genu recurvatum (hyperlaxité du genou) ou déformation posturale des pieds ;
- ressaut articulaire lors de l'examen clinique.

Le repérage du baby blues voire de la dépression du post-partum est réalisé en interrogeant la mère sur son moral et sa capacité à gérer l'arrivée du bébé.

Au cours de l'examen clinique, le médecin généraliste est attentif à :

- la prise de poids suffisante de l'enfant, 20 à 40 g par jour en moyenne au cours du 1er mois de vie ;
- l'absence d'ictère et une coloration adéquate des selles (jaune d'or si allaitement maternel complet), afin d'éliminer une atrésie des voies biliaires ;
- l'absence de torticolis pouvant entraîner une plagiocéphalie fonctionnelle ;
- la palpation des deux pouls fémoraux, afin d'éliminer une coarctation de l'aorte ;
- l'absence de fossette sacro-coccygienne pouvant témoigner d'une anomalie de fermeture du tube neural (spina bifida) et nécessitant la prescription d'une échographie médullaire ;
- l'absence de souffle cardiaque. À propos des souffles cardiaques :
  - la plupart (80 à 90 %) des souffles systoliques perçus à la naissance ont disparu à 3 mois ; dans 20 % des cas de décès par cardiopathie congénitale, aucun souffle n'avait été entendu,
  - un souffle diastolique est toujours pathologique,
  - la fréquence cardiaque, la coloration et la respiration sont des éléments de l'examen permettant de faire la différence entre un souffle fonctionnel et un souffle organique.

Fig. 32.1 Leucocorie de l'œil droit constatée par les parents sur une photographie. *(Source : Danièle Denis. Ophtalmologie pédiatrique. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017.)*

Examen du 1er mois au 6e mois

Dépistage visuel [15]

- Réflexe photomoteur : recherche d'anomalie organique.
- Lueur pupillaire (figure 32.1) : recherche de trouble des milieux transparents (cataracte, rétinoblastome).
- Reflets cornéens (figure 32.2) : recherche de strabisme.
- Fixation : monoculaire et binoculaire.
- Poursuite oculaire (figure 32.3) : recherche de nystagmus, amblyopie.

En cas de strabisme :

- un strabisme permanent avant 4 mois est pathologique ;
- un strabisme même intermittent après 4 mois est pathologique.

Prévention de la plagiocéphalie

- Rechercher et traiter un torticolis congénital.
- Repérer les facteurs pouvant modifier la position de la tête et empêchant une bonne rotation de la tête à 180° (cale-tête, transat…).

Prévention

Un enfant souvent malade ou qui présente des lésions non en rapport avec l'âge (fractures chez un enfant qui n'a pas acquis la marche, lésions intrabuccales, bleus sur les bras…) interpelle le praticien sur un risque de maltraitance. Une pâleur inhabituelle ou l'apparition de troubles du comportement doivent faire rechercher des lésions évocatrices d'un syndrome du bébé secoué.

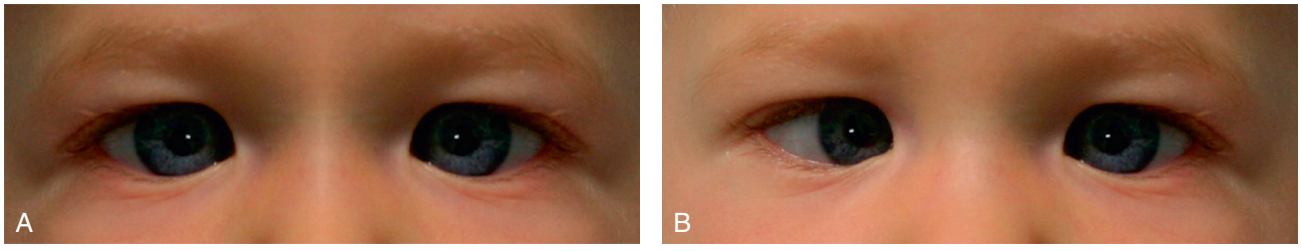


Fig. 32.2 Méthode des reflets cornéens. Épicanthus bien visible donnant un aspect d'yeux très rapprochés laissant penser à un strabisme. **a**. Les reflets cornéens sont symétriques : pas de strabisme. **b**. Le reflet de l'œil droit est en temporal : ésotropie (œil gauche fixateur). *(Source : Alain Péchereau. Strabisme. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013.)*

Examen du 9e mois

Dépistage visuel

- L'occlusion alternée consiste à cacher successivement les deux yeux. Si un des deux yeux est amblyope, l'occlusion de l'autre œil est mal supportée car l'enfant ne voit plus.
- Le signe de la toupie : un objet est déplacé de droite à gauche dans le champ visuel de l'enfant. Si l'un des deux yeux est amblyope, il ne peut suivre l'objet et l'enfant tourne la tête et le tronc pour continuer à voir l'objet avec l'œil sain.
- Avis ophtalmologique en cas d'antécédent familial de déficit visuel lors du repérage à la naissance.

Fig. 32.3 « Œil de bœuf » pour test de la poursuite oculaire.

Dépistage auditif [16]

Vérifier que l'enfant se retourne sur un bruit hors de sa vue : utilité du *Sensory Baby Test*® qui teste deux fréquences sonores, une grave et une aiguë.

Examen du 24e mois

Dépistage des troubles visuels

- Répétition des tests de dépistage.
- Test stéréoscopique (test de Lang, figure 32.4) : planche laissant apparaître des dessins en relief si la vision stéréoscopique est normale. L'enfant fixe les images, essaye d'attraper les dessins voire arrive à les nommer.

Neurodéveloppement

- L'enfant est capable de mettre des petits objets dans un contenant étroit en utilisant la pince pouce-index (motricité fine : les perles dans le flacon de la mallette *Sensory Baby Test*®).
- Il a acquis la marche à 2 ans ; il présente sinon un retard moteur.
- Il est capable de pointer du doigt, de jouer à faire semblant, et de solliciter l'adulte, sinon un trouble du spectre autistique est suspecté.
- Sur le plan du langage, il est en mesure d'associer deux mots ; sinon, on peut s'interroger sur un retard de langage.

Autres éléments

- À 2 ans, les deux testicules sont en place dans les bourses ; un avis urologique est demandé dans le cas contraire.
- Début du brossage des dents avec un dentifrice adapté à l'âge (quantité de fluor évoluant avec l'âge : 500 ppm dès 2 ans).

Prévention
Entre 1 et 4 ans : attention aux chutes et aux intoxications (60 % médicaments, 25 % produits ménagers).

Examen à 3 ans

Langage

- L'enfant a un lexique constitué et est capable de faire des phrases de trois mots avec un début de syntaxe.
- Un bilan orthophonique est souhaitable si l'enfant n'est pas intelligible, n'associe pas de mots, n'utilise pas de pronom.

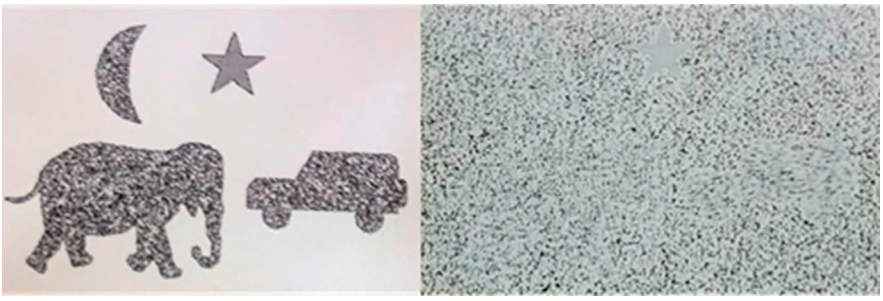


Fig. 32.4 Test de Lang.

Dépistage visuel
- Évaluation de l'acuité visuelle de près et de loin (DAVL).
- Test stéréoscopique de Lang.
- Avis ophtalmologique s'il existe un écart de plus de deux lignes entre les yeux, si l'acuité visuelle est inférieure à 6/10, ou si l'enfant ne voit pas les dessins en relief du test stéréoscopique.

Dépistage auditif
- Voix chuchotée : utilisation d'un imagier, il est demandé à l'enfant de montrer le dessin chuchoté à 30 cm de son oreille.
- *Sensory Baby Test®*.

Autres
- Motricité fine : recopie un rond, fait un pont de trois cubes.
- Premier bilan dentaire conseillé : invitation adressée par l'Assurance Maladie « M'T dents » (figure 32.5).
- Acquisition de la propreté diurne, idéalement souhaitée dans le cadre de l'entrée à l'école.

Examen à 4 ans

Dépistage des troubles du langage
À 4 ans, le langage est constitué, l'intelligibilité est complète et les phrases complexes.

Épreuve de repérage des troubles du langage : ERTL4 (entre 3 ans et 9 mois et 4 ans et 6 mois), en trois épreuves
- Épreuve de répétition (les nains et les Indiens), étude des capacités phonético-articulatoires.
- Épreuve du petit chien : étude du lexique et de la structuration spatiale.
- Épreuve de la toilette : étude de la structuration verbale, de la cohérence du discours et de la compréhension verbale.

Au cours de ces trois épreuves, le médecin recherche des troubles organiques, fonctionnels ou relationnels du langage, analyse la fluence de la parole et recherche un bégaiement. La présence de l'une de ces situations nécessite un bilan orthophonique.

Dépistage visuel
Avis ophtalmologique s'il existe un écart de plus de deux lignes entre les yeux, si l'acuité visuelle est inférieure à 8/10 ou si l'enfant ne voit pas les dessins en relief du test stéréoscopique.

Dépistage auditif
Test à la voix chuchotée : en cas d'échec, avis ORL pour test audiologique.

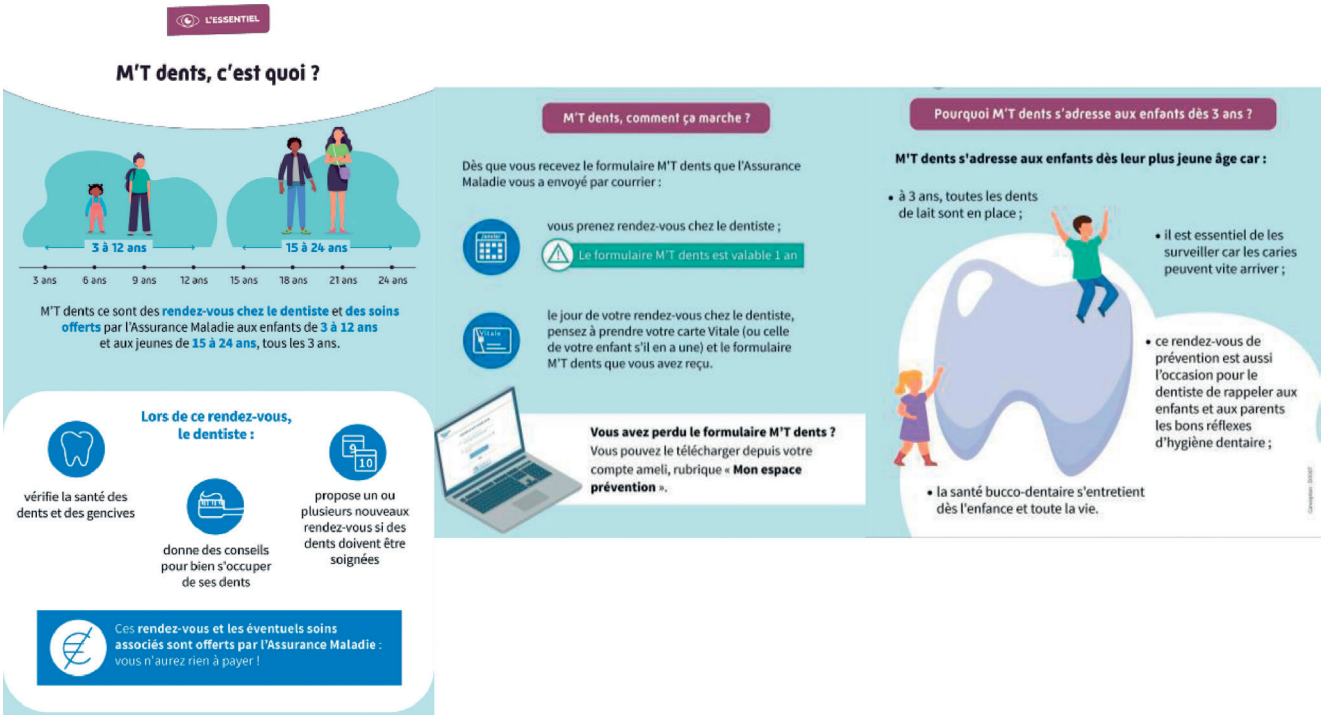


Fig. 32.5 Programme « M'T dents ». *(Assurance Maladie. https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents?text=M%27T%20dents.)*

Examen à 6 ans

Dépistage visuel

Dépistage des troubles de la vision des couleurs : utilité du test d'Ishihara ou Baby dalton (figure 32.6) :

Repérage des troubles des apprentissages

Le ministère des Solidarités et de la Santé met à disposition des médecins des guides pratiques sur le dépistage des troubles du langage et des apprentissages[37].

Repérage des troubles neurodéveloppementaux

- Capacité de repérage de l'enfant dans le temps et dans l'espace.
- Motricité : acquisition de la coordination et de l'équilibre.
- Latéralisation droite/gauche.

Examen des organes génitaux externes

- Examen délicat du décalottage nécessitant un avis urologique si phimosis serré à 6 ans.
- Acquisition de la propreté nocturne ; sinon, énurésie.

Examen à 8 ans

Développement pubertaire (figure 32.7)

- Âge normal de la puberté entre 8 et 13 ans chez la fille : marqué par le développement des seins (S2 stade de Tanner) puis la survenue des premières règles environ 2 ans après. Le gain statural est de 20 à 25 cm dont 7 cm en moyenne après les premières règles.
- Âge normal entre 9 et 14 ans chez le garçon : marqué par le développement des testicules (T2 du stade de Tanner = 4 ml). Le gain statural est de 25 à 30 cm.

Tout signe pubertaire avant l'âge de 8 ans chez la fille ou 9 ans chez le garçon correspond à une **puberté précoce**.

L'absence d'apparition de caractères sexuels secondaires après 13 ans chez la fille et après 14 ans chez le garçon témoigne d'un **retard pubertaire**.

Repérage précoce des troubles de la statique et des scolioses

Recherche d'une gibbosité (en position assise et debout) (figure 32.8).

Vaccins

Les vaccins sont considérés comme des médicaments et ont deux spécificités principales :

- ils sont administrés à des personnes a priori en bonne santé ;
- ils ont un double objectif : individuel (entraîner une réponse immunitaire pour éviter une infection) et collectif (permettre une immunité de groupe pour éviter la propagation d'une infection).

Ils sont un outil privilégié par les programmes visant la disparition des épidémies et la résolution des inégalités de santé (qu'elles soient nationales ou internationales).

L'obligation vaccinale ne dispense pas les médecins d'informer les parents des bénéfices et risques attendus concernant la vaccination de leur(s) enfant(s). Des documents utiles à cette fin peuvent être trouvés sur le site de Santé publique France[38].

Les consultations au cours desquelles le médecin vaccine l'enfant (en bonne santé apparente) sont déterminées en fonction de l'âge et du risque des maladies prévenues. Il est essentiel de vacciner tôt contre les infections les plus

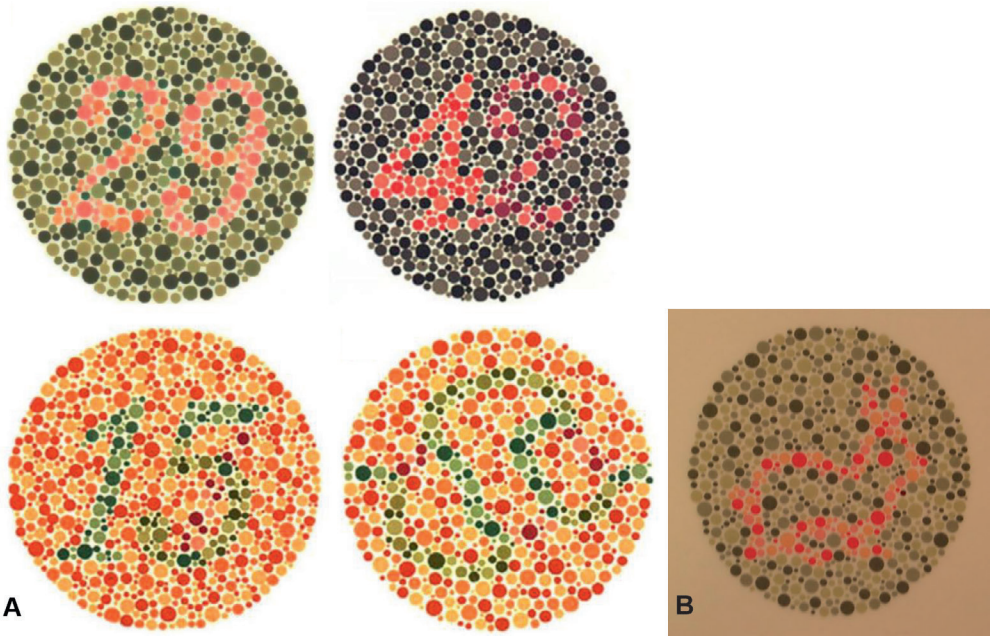


Fig. 32.6 Dépistage des dyschromatopsies. A. Planches d'Ishihara. B. Baby dalton. *(Source : A : Orssaud C. La vision des couleurs de l'enfant et son exploration. Revue francophone d'orthoptie 2014 ;7:192–9. B : M.-F. Clenet, C. Hervault. Guide de l'orthoptie, chapitre 15 Les dépistages, Elsevier-Masson 2013.)*

[37] https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-troubles-du-langage-et-des-apprentissages.

[38] https://vaccination-info-service.fr/.

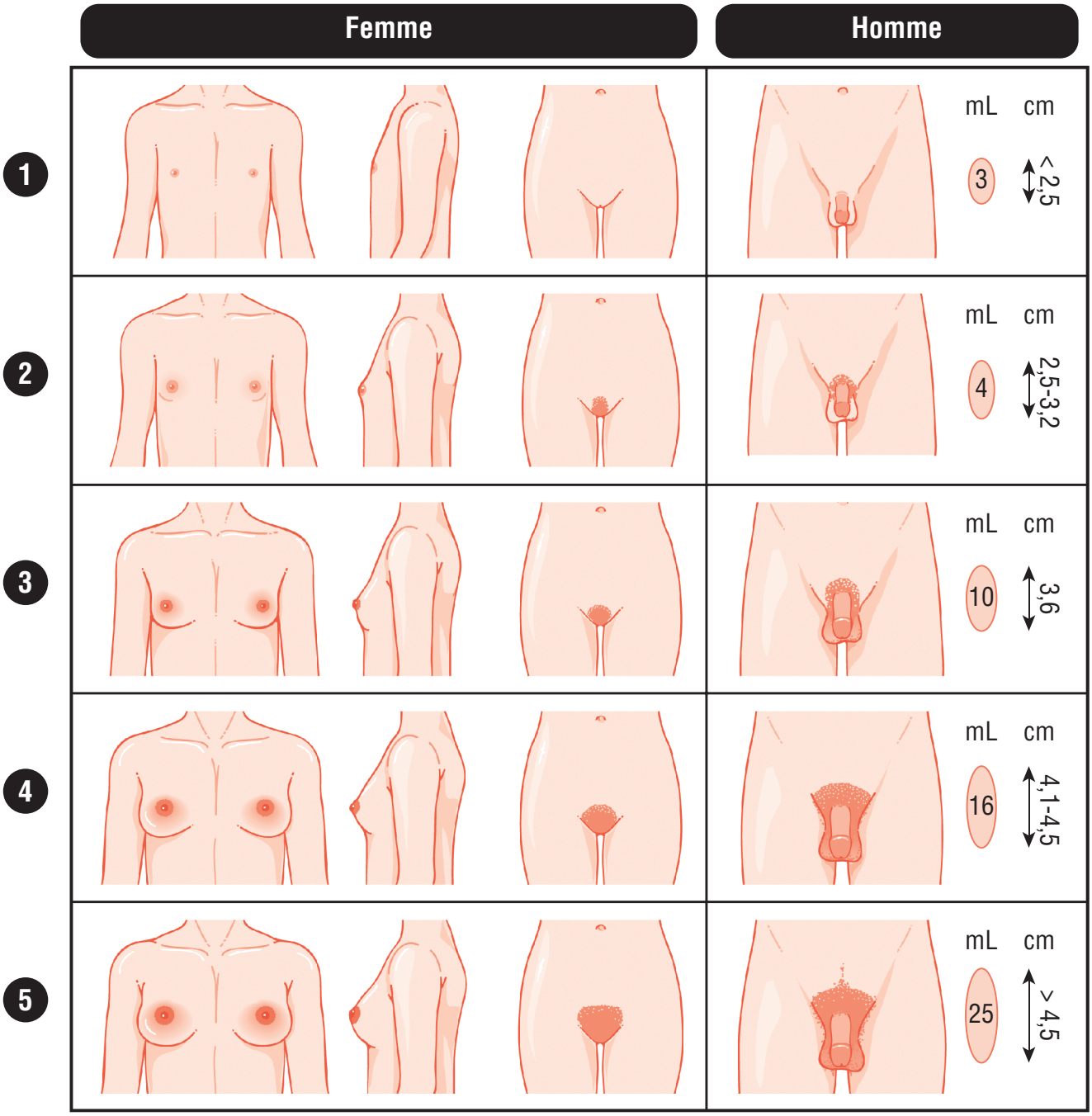


Fig. 32.7 Stades de Tanner du développement pubertaire. *(Source : illustration de Carole Fumat. Benoist G, et al. Collège national des pédiatres universitaires (CNPU). Pédiatrie. 8e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson : 2021.)*

fréquentes et les plus graves, à savoir la coqueluche, les infections systémiques à *Haemophilus influenzae b*, à pneumocoque et, à un degré moindre, à méningocoque.

En règle générale, la vaccination est pratiquée à la fin de l'examen clinique dans le but de ne pas perturber celui-ci par les pleurs et l'agitation déclenchés par la douleur liée à l'injection du vaccin.

Quel que soit l'âge, certaines techniques d'injection sont respectées :

- l'aiguille n'est pas purgée au risque d'entraîner une perte du produit vaccinal et un dépôt cutané et/ou sous-cutané de produit (notamment lorsqu'il contient des adjuvants) qui augmente le risque de réactions locales ;
- aucune aspiration n'est réalisée avant l'injection car cela augmente la douleur du geste, peut entraîner des lésions et est inutile en l'absence de gros vaisseaux dans les sites d'injection ;
- l'injection du vaccin est rapide pour limiter la douleur et il est conseillé de commencer par le vaccin le moins douloureux. Lorsque deux soignants sont présents, il est recommandé d'effectuer les deux injections en même temps.

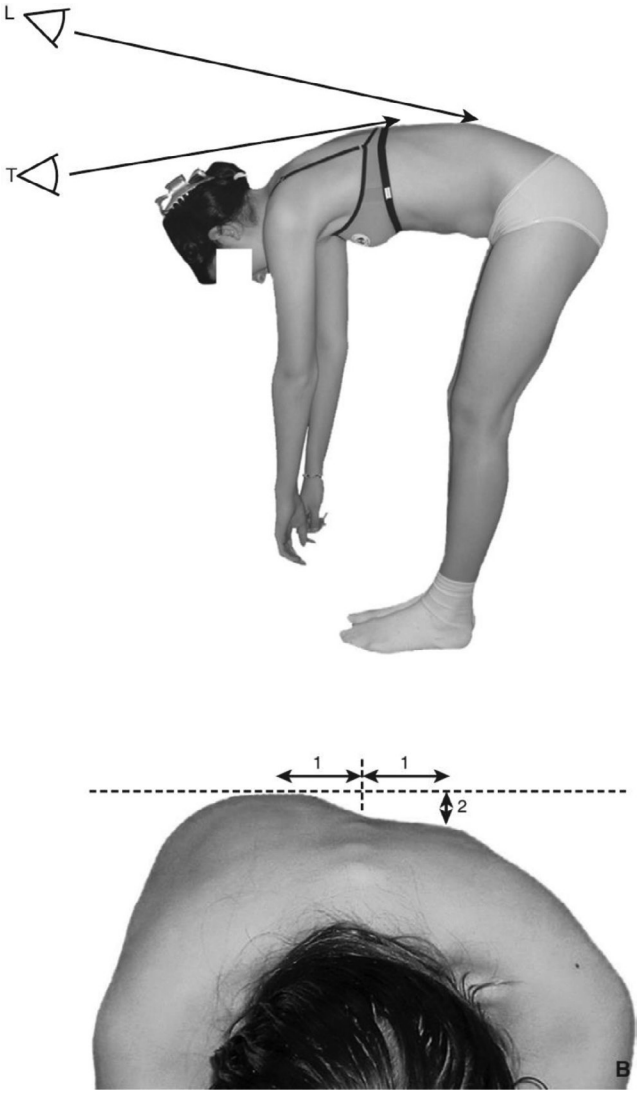


Fig. 32.8 Recherche d'une gibbosité. *(Source : Lechevallier J, Leroux J, Abu Amara S. Scoliose idiopathique de l'enfant et de l'adolescent. EMC 2012;7(3):8-0450.)*

- La plupart des vaccins sont injectés par voie intramusculaire.
- le site d'injection recommandé pour les petits nourrissons est le quadrant antéro-supérieur externe de la cuisse ;
- lorsque l'un des critères suivants est rempli : âge > 1 an, marche acquise ou poids > 10 kg, le deltoïde est privilégié.

Certains outils semblent avoir montré leur efficacité pour limiter la douleur liée à la vaccination :

- l'administration de solutions sucrées avec du sucrose concentré > 20 % avant ou pendant la vaccination chez les nourrissons ;
- l'allaitement maternel pendant la vaccination, recommandé par l'OMS ;
- différentes études ont montré que l'utilisation de crèmes anesthésiantes entraîne une réduction de la douleur ; leur intérêt est discutable :
  - l'effet anesthésiant ne s'étend que sur une profondeur de 2 à 3 mm et n'atteint pas le muscle ; or, l'injection d'un volume de liquide dans le muscle est responsable d'une partie de la douleur,
  - le temps de pause nécessaire (plus de 60 minutes) pour assurer l'efficacité de la crème anesthésiante demande une certaine organisation avec les parents avant la consultation,
  - le site où est positionné le patch, posé en amont de la consultation par les parents, n'est pas toujours adapté,
  - le retrait du patch adhérant sur la peau est une source d'inconfort en lui-même,
  - le prix de ces crèmes anesthésiantes augmente le coût de la vaccination et doit être mis en balance avec le bénéfice rendu.

L'anamnèse est l'occasion d'interroger les parents dans le but d'identifier d'éventuelles (rares) contre-indications à la vaccination (principalement un antécédent de réaction allergique grave au vaccin ou un déficit immunitaire pour les vaccins vivants). Une maladie infectieuse évolutive identifiée et de la fièvre sont une contre-indication temporaire à vacciner et incitent à différer la vaccination après résolution de l'infection. Au-delà des contre-indications, il est important de vérifier l'indication du vaccin (âge recommandé, absence de réalisation du même vaccin dans les jours ou semaines précédentes). Les parents ayant remis les boîtes de vaccins au médecin, celui-ci vérifie la date de péremption et note le numéro de lot sur le carnet de santé à l'endroit prévu à cet effet.

Au-delà des explications sur le rapport bénéfice-risque de la vaccination, le déroulement de l'acte vaccinal, qui peut entraîner beaucoup d'appréhension et être vécu difficilement, est expliqué aux parents.

Après la vaccination, comme pour n'importe quelle administration d'un médicament en consultation, le médecin a l'obligation médico-légale de veiller à l'absence de réaction allergique grave immédiate, pendant au moins 10 minutes après la vaccination, notamment pendant que les parents sont en train de rhabiller leur enfant ou de réunir leurs affaires avant de partir.

Les effets secondaires à moyen terme attendus après une vaccination sont communs à l'ensemble des vaccins :

- les réactions locales (les plus fréquentes) : en dehors du BCG, elles apparaissent souvent dans les heures suivant la vaccination et guérissent spontanément en quelques jours. Elles sont plus importantes en cas de vaccin inactivé (du fait des adjuvants) et en cas d'injection sous-cutanée. Elles peuvent faire évoquer, souvent à tort, une surinfection bactérienne (par exemple, le phénomène d'Arthus). Elles ne constituent pas une contre-indication à des vaccinations ultérieures et la récidive n'est pas systématique ;
- les réactions générales : fièvre, malaises, myalgies, céphalées, asthénie, anorexie, etc. Elles surviennent dans les 48 heures suivant l'injection et sont les témoins de l'activation de la réponse immunitaire. Elles ne nécessitent qu'un traitement symptomatique ;
- les réactions allergiques sévères : ce sont des réactions allergiques de type anaphylactique, médiées par les IgE. Elles sont exceptionnelles : moins d'un cas pour 500 000 doses. Afin d'agir rapidement lorsqu'elles surviennent, il est impératif que le médecin dispose dans sa trousse d'urgence d'une seringue auto-injectable d'adrénaline.

Plus d'informations sur les vaccins sont disponibles au chapitre 49.

Conclusion

Les consultations systématiques des nourrissons et des enfants sont un large champ d'application des compétences du médecin généraliste. Médecin traitant de l'enfant et de sa famille, inséré dans le tissu sociétal et professionnel de son lieu d'exercice, il contribue à la prise en soins, dans le cadre du premier recours, du suivi et de la prévention, en lien avec les autres acteurs de la santé de l'enfant.

Références

[1] AMELI, Assurance maladie en ligne. Un médecin traitant pour le suivi médical de son enfant. [En ligne]. Paris: CNAM; 2021. Disponible sur : https://www.ameli.fr/.

[2] Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Études et résultats, 588. [En ligne]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2007. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr.

[3] Haute Autorité de santé. Recommandations pour la pratique clinique : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Saint-Denis: HAS; 2005.

[4] Challamel MJ, Franco P. Nutrition, éveil et sommeil : physiopathologie et influences environnementales chez le nourrisson et l'enfant. Médecine du Sommeil 2008;5(17):12–8.

[5] Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, and Nutrition (ESPGHAN) Comitttee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2017;64(1):119–32.

[6] Mesch CM, Stimming M, Fotarek K, et al. Food variety in commercial and homemade complementary meals for infants in Germany. Market survey and dietary practice. Appetite 2014;76:113–9.

[7] Garcia AL, McLean K, Wright CM. Types of fruits and vegetables used in commercial baby foods and their contribution to sugar content. Mat Child Nutr 2016;12:838–47.

[8] Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Lait de vache ou lait de croissance : quel lait recommander pour les enfants de 1 à 3 ans. Arch Pediatr 2011;18:355–8.

[9] Saint-Lary O, Jami A, Ouazana A. Existe-t-il aujourd'hui des arguments scientifiques pour conseiller l'usage des laits de croissance ? exercer 2009;88:123–6.

[10] Santé publique France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). [En ligne]. Saint Maurice: SPF; 2017. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr.

[11] Haute Autorité de santé. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Démarche diagnostique. [En ligne]. Saint Denis: HAS; 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/.

[12] Kahn-Bensaude I, Faroudja JM. La Protection de l'enfance, signalement et information préoccupante, « mieux prévenir, mieux signaler, mieux intervenir ». Rapport du Conseil de l'Ordre des Médecins, 2016. [En ligne]. Paris: CNOM ; 2016. Disponible sur : ww.conseil-national.medecin.fr.

[13] Ancel PY, Bonnier C, Burguet A, et al. Déficiences et handicaps d'origine périnatale : dépistage et prise en charge. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ; 2004.

[14] Jimenez ME, Barg FK, Guevara JP, Gerdes M, Fiks AG. Barriers to Evaluation for early intervention services: Parent and early intervention employee perspectives. Acad Pediatr 2012 ;12(6):551–7.

[15] Société française de pédiatrie. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant, guide pratique. [En ligne]. Paris: SFP/MSS ; 2009. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf.

[16] Société française de pédiatrie. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant, guide pratique. [En ligne]. Paris: SFP/MSS ; 2010. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_de_l_audition_chez_l_enfant.pdf.

Parents inquiets devant les plaintes et symptômes de leur nourrisson

Élise Benedini

PLAN DU CHAPITRE

Pleurs excessifs du nourrisson 329
Faire ses nuits et faire ses dents 330
Plagiocéphalie 331
Fièvre 331
Toux 331
La peau du nourrisson 331
Troubles digestifs 332

Devenir parents, c'est accéder à une nouvelle identité et à de nouveaux rôles sociaux. Le bien-être de l'enfant est au cœur des préoccupations avec une norme de bonne santé, d'épanouissement et de réussite. Les nouveaux parents sont confrontés à des sentiments contradictoires : grand bonheur mêlé à de la culpabilité et à du stress. Le stress de la parentalité s'ajoute à celui des autres domaines de la vie (travail, couple…) alors que les ressources sont diminuées par la fatigue [1]. Ces agents stresseurs concernent la transition vers la parentalité, la conscience de tout ce qui pourrait arriver, la fragilité du nourrisson, la projection de ce qui est bon pour lui, les exigences des parents envers eux-mêmes et les éventuelles difficultés rencontrées par les nourrissons (maladie, handicap). Le nourrisson se définit étymologiquement comme celui qui a besoin d'être nourri ; il est âgé d'un à six mois. Avant un mois, c'est un nouveau-né.

Toute discordance entre les attentes des parents et la réalité suscite incompréhension et angoisse. Tout changement dans le comportement du nourrisson est source légitime d'inquiétude pour ses parents. L'agir est rassurant et vécu comme la solution aux symptômes du bébé : changements de lait, collier d'ambre, médecines alternatives… Les symptômes qui amènent les parents à consulter ne sont pas uniquement ceux du nourrisson car comme le dit Winnicott : « *Un bébé seul, ça n'existe pas.* » Ils sont porteurs d'un sens dont l'interprétation prend en considération la triade bébé-parents. L'enjeu lors de ces consultations centrées sur l'inquiétude parentale est de réussir la rencontre entre la subjectivité des parents et la logique médicale scientifique et rationnelle. L'observation de la triade parents-enfant débute dès la salle d'attente : leur positionnement, leurs interactions. L'écoute est un temps essentiel : accueillir les inquiétudes des parents, explorer leurs croyances. L'examen toujours réalisé sur un nourrisson dévêtu est, au-delà de la clinique, l'occasion d'observer l'attitude des parents envers leur bébé et l'un envers l'autre. Il est le socle sur lequel s'appuieront informations et guidance parentale.

Pleurs excessifs du nourrisson

Le nourrisson présente des pleurs paroxystiques, excessifs et inconsolables sans cause identifiable. Les parents se retrouvent en incapacité de faire face à ce bébé que rien ne calme, surtout en fin d'après-midi et en soirée. Il semble souffrir. Il peut avoir un visage rougi, des sourcils froncés, les poings serrés, les jambes repliées sur son abdomen, et son cri est aigu et perçant. Ces pleurs excessifs primaires concernent 5 à 30 % des bébés. Ils débutent lors de la seconde semaine de vie, ont une intensité maximale lors du deuxième mois et disparaissent entre quatre et six mois. Ils sont classiquement décrits par la règle des trois : des pleurs plus de trois heures par jour, plus de trois jours par semaine et pendant plus de trois semaines chez un nourrisson bien nourri et en bonne santé. Il n'existe pas de différence selon le genre, le mode d'allaitement, la culture, le terme de l'accouchement — ils sont décalés chez le prématuré. Ces pleurs n'ont aucune conséquence sur le développement de l'enfant. Leur pathogenèse est multifactorielle. Pleurer est un moyen d'expression et de communication de l'enfant à ce stade de son développement. Cela lui permet d'attirer l'attention de l'adulte pour répondre à ses besoins physiologiques, pour produire un comportement de soins et créer les liens d'attachement [2].

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le terme de coliques du nourrisson n'est plus utilisé car les parents l'assimilent à une affection spécifique, avec une étiologie qui nécessite un traitement. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Aucune thérapeutique ni modification diététique n'ont d'efficacité démontrée [3]. La siméticone expose le nourrisson à des réactions allergiques, les inhibiteurs de la pompe à protons à des troubles neurologiques, cutanés et digestifs, les massages aux huiles essentielles à des risques neurologiques [4].

En raison des conséquences néfastes possibles pour le nourrisson, dues aux émotions suscitées chez des parents fragilisés par la dette de sommeil, les pleurs excessifs ne sont pas à banaliser. Des répercussions négatives sur la relation bébé-parents sont possibles avec évitement, négligence et maltraitance.

Syndrome du bébé secoué

Le ballottement de la tête ou la décélération par le choc de la tête sur un oreiller expose au risque de déchirure veineuse cérébrale avec saignements rétiniens et intracérébraux. Les signes cliniques comportent : vomissements, refus d'alimentation, malaise avec hypotonie, bradycardie, troubles neurologiques avec somnolence ou irritabilité, convulsions, troubles de la conscience et coma. Des séquelles sont possibles avec handicap majeur.

Le médecin laisse le temps aux parents d'exprimer leurs inquiétudes, leurs questionnements. Une écoute active permet de comprendre pourquoi ils pensent « *qu'ils n'y arriveront pas* ». Il repère les parents vulnérables en raison d'une faible tolérance aux pleurs. Leur perception subjective des pleurs est à prendre en compte.

L'examen clinique vérifie la bonne croissance staturo-pondérale du nourrisson et élimine les 5 % de pleurs excessifs secondaires (cf. encadré). Ce temps est indispensable pour rassurer les parents. Par l'écoute empathique et l'examen clinique, le médecin crée l'alliance nécessaire pour justifier une non-prescription. Il s'inscrit dans une guidance parentale et délivre des conseils pour aider les parents à se sentir à nouveau compétents (cf. encadré) [5, 6]. En amont, les visites de suivi de la grossesse sont l'occasion d'explorer les représentations des futurs parents sur les pleurs et de les informer sur cette étape du développement de leur futur bébé.

Pleurs excessifs secondaires

Ils représentent 5 % des causes de pleurs prolongés.

- **Situations urgentes** : hernies étranglées, invagination intestinale aiguë, torsion testiculaire, traumatologie.
- **Situations avec retentissement staturo-pondéral** : RGO pathologique, affection cardiovasculaire ou neurologique, allergie aux protéines de lait de vache.
- Situations douloureuses : constipation avec fissure anale, infections.
- Situations d'inconfort : température, air dégluti lors de la tétée, prurit (irritation, dermatite atopique), constipation, alimentation inappropriée.
- Situations parentales, dont la dépression maternelle du post-partum.

Conseils devant des pleurs excessifs primaires

- Chasser les fausses croyances : les pleurs excessifs ne reflètent pas un caractère capricieux et porter plus un bébé ne lui donne pas de mauvaises habitudes.
- Apaiser le nourrisson : le porter, lui parler, le bercer doucement, le promener, lui masser le ventre, dans une ambiance douce.
- Poursuivre l'allaitement à la demande et, en cas d'allaitement artificiel, donner le biberon en position verticale.
- Conseils pour les parents :
  - réévaluation cognitive : « *mon bébé pleure mais ce n'est pas grave, il n'est ni malade ni blessé* » ;
  - sensibiliser à la communication sur l'élimination (position accroupie, soutenue et sécurisée après les tétées et lors des réveils pour favoriser la défécation) ;
  - identifier et solliciter des personnes ressources pour prendre le relais ;
  - proposer une consultation dédiée en cas de suspicion de dépression maternelle.

Faire ses nuits et faire ses dents

Autonomisation du sommeil [7]

Le nourrisson découvre son sommeil naturellement. Les réveils nocturnes physiologiques deviennent pathologiques si l'enfant a besoin d'une intervention extérieure pour se rendormir.

À partir du premier mois de vie, le bébé va espacer ses tétées nocturnes. Entre deux et quatre mois, il approche de la maturité cérébrale de sommeil avec des périodes d'éveil diurne plus longues. Il apprend à se détacher de l'endormissement dans les bras ou au sein après les tétées, pour s'endormir seul. Apaisé, il fera de même après les micro-éveils de la nuit. Il a besoin de se sentir en sécurité dans son lit pour s'endormir seul. Cette sécurité est transmise par les parents. Le médecin accompagne l'autonomisation du sommeil au cours des visites de suivi du nourrisson. Il valorise les compétences des parents à connaître et soutenir leur enfant.

Accompagner l'acquisition des nuits à partir de deux mois

- Instaurer une routine du coucher en posant le bébé dans son lit dès qu'il commence à s'endormir, dans une pièce obscure et silencieuse. Le laisser trouver seul son sommeil, même si pour cela, il pleure. En cas de pleurs importants, revenir pour l'accompagner vers l'apaisement en évitant de le prendre dans les bras et en le quittant avant l'endormissement.
- S'il se réveille la nuit, ne pas se précipiter pour le nourrir.
- Ne pas rester à côté de lui, ne pas le tenir, ne pas l'endormir en le nourrissant.

Poussée dentaire [8]

La poussée dentaire suscite croyances et interrogations depuis des millénaires. La première dent apparaît en moyenne autour de six mois. Elle survient à une période où les anticorps maternels présents dans le sang diminuent, période durant laquelle l'enfant présente une vulnérabilité

accrue aux infections après quatre mois relativement calmes sur le plan infectieux.

L'entourage de l'enfant (parents, personnels médical et paramédical) associe beaucoup de signes à la poussée dentaire. Un retard d'éruption peut réveiller la crainte de l'anormalité de l'enfant.

L'élévation de la température de 0,1 à 0,2 degré demeure bien insuffisante pour être définie comme de la fièvre. Les symptômes, troubles du sommeil, diarrhées, perte d'appétit, irritabilité et hypersalivation, semblent majorés, sans certitude dans les études. Le diagnostic de poussée dentaire a une capacité de réassurance, autant pour les parents que pour les médecins. Il offre par sa rationalisation, un rempart défensif face à l'impuissance des adultes devant la souffrance des nourrissons. Explorer les représentations des parents et découvrir leur savoir sanitaire profane permettent au médecin d'appréhender les enjeux de la relation parents-enfant dans une approche centrée triade.

Plagiocéphalie

Motif fréquent d'inquiétude parentale, la plagiocéphalie [9] est une déformation crânienne bénigne qui disparaît spontanément vers deux ans, sans conséquence neurodéveloppementale. La prévention nécessite de laisser le nourrisson bouger, de varier les postures ventrale et latérale en phase d'éveil, de favoriser le portage et d'alterner le sens du coucher. L'examen clinique avec mesure du périmètre crânien est suffisant et doit être systématique. La rééducation neuromotrice d'une asymétrie posturale est indiquée en cas de torticolis associé. Actuellement les données scientifiques ne permettent pas de recommander l'ostéopathie. Si cette pratique est proposée, elle peut être associée à la kinésithérapie en deuxième intention dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle.

Fièvre

La fièvre [10] se caractérise par une élévation de température supérieure à 38 °C. La méthode de mesure de référence est le thermomètre électronique flexible par voie rectale. D'autres méthodes moins invasives (tympanique, axillaire) sont également possibles. Le bisou sur le front n'a aucune validité même quand il est réalisé par la maman. Les parents considèrent la fièvre comme le signe d'une infection importante ou grave. Ils sont en attente d'un diagnostic. Les signes généraux tels que l'asthénie ou la modification du comportement de leur enfant sont perçus comme secondaires. Les prescriptions au cours des premières consultations (antipyrétiques, antibiotiques) influencent leurs attentes et leurs attitudes pour les épisodes suivants. Le médecin a un rôle d'information et d'éducation important : comment mesurer la température de son enfant, quels symptômes sont inquiétants, quand consulter. Le traitement symptomatique de référence est le paracétamol. La majorité des premiers épisodes fébriles sont des viroses non compliquées. Expliquer ses constatations cliniques et se rendre disponible pour réévaluer le nourrisson si nécessaire permettent de rassurer les parents, y compris en l'absence de diagnostic. Le mot virose est souvent banalisé par les médecins car synonyme de non-gravité et de non-prescription d'antibiotique. Il nécessite d'être explicité pour les patients.

Toux

La toux est un réflexe protecteur du tractus respiratoire. Elle permet d'évacuer le mucus qui piège les poussières et les micro-organismes. En cas d'infection respiratoire aiguë bénigne, la toux disparaît en quelques jours à quelques semaines. Les parents sont demandeurs de traitements pour soulager leur enfant et améliorer les nuits de chacun. Ils ont une représentation positive du médicament et sa délivrance les rassure. La toux favorise l'automédication.

La bronchiolite [11]

C'est une infection virale saisonnière le plus souvent due au virus respiratoire syncytial, touchant les enfants de moins de deux ans. Elle guérit la plupart du temps en huit à quinze jours. Les réinfections sont fréquentes. L'apparition de signes de gravité (1 à 2 % des cas) justifie une hospitalisation. Celle-ci est plus fréquente en cas de prématurité, avant trois mois, ou en cas de maladie chronique cardiaque ou respiratoire. La kinésithérapie soulage transitoirement le bébé et l'expose à des vomissements, à une désaturation transitoire, et plus rarement à des fractures costales. Elle n'a pas d'efficacité démontrée pour prévenir les complications. Les corticoïdes et les β_2-stimulants inhalés n'ont pas d'efficacité clinique démontrée sur la durée et la sévérité des bronchiolites.

La peau du nourrisson

Dermites du siège [12]

La cause irritative est la plus fréquente, liée à la macération de la peau. Elle concerne les zones sous les couches, avec une atteinte en « W » respectant les plis. Elle est favorisée en cas de diarrhées, d'insuffisance de changement des couches, de couches peu absorbantes (les lavables), d'un nettoyage des fesses insuffisant ou par l'utilisation de produits irritants (lingettes sans rinçage).

Les causes bactériennes ou mycosiques sont plus rares. L'observation du change lors des visites de suivi sert d'échanges et d'informations.

Dermatite atopique [13]

Elle débute entre deux et six mois et se définit par une inflammation cutanée chronique évoluant par poussées (cf. aussi chapitre 28). Avant un an, elle est d'intensité faible à modérée. Elle atteint principalement les joues, le front, le cou, la face d'extension des membres. Elle respecte le siège et les aisselles. Elle résulte d'une altération de la barrière formée par la couche superficielle de la peau et d'une altération de la réponse immunitaire aux allergènes en contact avec la peau. Un parent au premier degré présente souvent une dermatite atopique ou un asthme ou une rhinite allergique. Le traitement constitue en l'application répétée d'émollients deux à quatre fois par jour et après le bain quand la peau est

encore humide. Les dermocorticoïdes d'activité modérée ou forte sont à réserver aux poussées. Cette affection est souvent mal vécue par les mamans, en raison du caractère perçu comme inesthétique des plaques.

Troubles digestifs

Reflux gastro-œsophagien (RGO)

Les régurgitations physiologiques débutent avant l'âge de trois mois. Elles témoignent d'un RGO d'importance variable, conséquence d'une immaturité du sphincter inférieur de l'œsophage et d'un retard de la vidange gastrique. Elles concernent 18 à 40 % des nourrissons. Elles n'ont aucune conséquence sur la santé et la croissance de l'enfant et ne nécessitent aucun examen complémentaire. Le bébé peut dans le même élan faire un grand sourire et renvoyer une grande quantité de lait, et ce plusieurs fois par jour, parfois à distance de la tétée. Les parents ont besoin d'être rassurés du caractère bénin et transitoire du reflux avec une diminution spontanée à partir de six mois et une disparition à 18 mois au plus tard. Le RGO pathologique concerne moins de 10 % des nourrissons : le bébé pleure lors de la tétée, il refuse le biberon, il a moins d'appétit. Sa croissance pondérale ralentit. Une endoscopie peut être envisagée pour confirmer une œsophagite. La relation causale entre RGO et asthme ou malaise n'est pas démontrée. Les conseils diététiques suffisent la plupart du temps (cf. encadré) [14]. Les traitements médicamenteux (inhibiteurs de la pompe à protons) sont à réserver aux RGO pathologiques, avec une prescription limitée en raison de leurs effets indésirables en cas de prise prolongée (surcroît d'infections bactériennes et possibles fractures osseuses) [15].

Conseils pour limiter le RGO

- Éviter une suralimentation.
- Choisir des tétines bas débit.
- Garder le bébé en position verticale, sans trop le stimuler après le biberon.
- Épaissir le lait avec une préparation à base de mucilage extrait de la graine de caroube (nécessité d'une tétine à large trou) ou en utilisant une formule infantile épaissie.

Troubles du transit

Diarrhées et/ou vomissements

Les diarrhées, définies par au moins trois selles molles ou liquides par jour, représentent une des principales causes d'hospitalisation chez les nourrissons. Le risque de déshydratation est majoré en cas de fièvre et/ou de vomissements associés (cf. encadré) [16]. Le traitement repose sur les solutions de réhydratation par voie orale (SRO), remboursables sur prescription pour les enfants de moins de cinq ans (cf. encadré). Les argiles, les antidiarrhéiques, les antivomitifs et les probiotiques n'ont pas d'efficacité pour prévenir une déshydratation ; ils exposent à des effets indésirables. L'intérêt des laits sans lactose n'est pas démontré. L'éducation des parents lors des visites systématiques de suivi des premiers mois est primordiale. Toute pharmacie familiale devrait comporter une SRO, au même titre que le paracétamol.

Score clinique de déshydratation

- Pli cutané persistant.
- Temps de recoloration capillaire > 2 secondes.
- Aspect « malade » du bébé.
- Absence de larmes.
- Respiration « anormale ».
- Sécheresse des muqueuses.
- Orbites creusées.
- Pouls radial filant.
- Pouls > 150/min.
- Diminution de la diurèse.

Si 3 signes → Probabilité de déshydratation × 5.
Si 7 signes → Probabilité × 8.

Vomissements et/ou diarrhées

Parents, ayez le bon réflexe !
Préparez la SRO : 1 sachet dans 200 cl d'eau.
Proposez régulièrement au bébé, une cuillérée à café toutes les deux minutes en cas de vomissements. Si votre bébé la refuse, ce n'est pas qu'il ne l'aime pas, mais c'est qu'il n'en a pas besoin à ce moment-là. La diarrhée peut être augmentée transitoirement, sans gravité, en début de traitement. La SRO reconstituée se conserve 24 heures au réfrigérateur.

Constipation

Un nourrisson alimenté au lait artificiel a des selles plus compactes qu'en cas d'allaitement maternel. Le rythme des selles varie entre une, après chaque tétée, à une tous les cinq à sept jours. La constipation est définie par des selles moins fréquentes, dures, et une défécation difficile ou douloureuse. L'examen clinique recherche l'existence d'une fissure, parfois responsable de rectorragies. Le premier traitement est diététique avec l'augmentation des apports hydriques. Il n'existe pas de données sur l'utilisation d'une eau riche en magnésium, ou d'un lait artificiel adapté. Le recours ponctuel à un suppositoire de glycérol est envisageable en cas d'échec des mesures précédentes ainsi que la prescription d'un laxatif osmotique pour une durée courte.

Références

[1] Roskam I, Mikolajczak M. Stress et défis de la parentalité. Thématiques contemporaines. Paris: De Boeck Supérieur ; 2015.
[2] Wiley M, Schultheis A, Francis B, et al. Parents' Perceptions of Infant Crying: a possible path to preventing abusive head trauma. Acad Pediatr 2020 ;20:448–54.
[3] Kidd M, Hnatjiuk M, Barber J, Woolgar MJ, Palacios Mackay M. "Something is wrong with your milk." Qualitative study dietary restriction and beliefs about infant colic. Can Fam Physician 2019 ;65:204–11.

[4] Pleurs prolongés et inexpliqués des nourrissons. Évaluer le besoin de soutien des parents dans une période délicate mais temporaire. Rev Prescrire 2016;36(393):515–20.
[5] Riem MME, Karreman A. Experimental manipulation of emotion regulation changes mothers' physiological and facial expressive responses to infant crying. Infant Behav Dev 2019;55:22–31.
[6] Jordan GJ, Arbeau K, McFarland D, Ireland K, Richardson A. Elimination communication contributes to a reduction in unexplained infant crying. Med Hypotheses 2020;142, 109811.
[7] Abramson I. Les troubles du sommeil chez le nourrisson. Psychol Clin 2016;42:62–75.
[8] Comat P. Les signes et symptômes cliniques associés à la poussée dentaire chez l'enfant : revue systématique de la littérature. Thèse de médecine. Toulouse, Université Toulouse III Paul-Sabatier; 2015.
[9] Haute Autorité de santé. Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2020. Disponible sur : www.has-sante.fr/.
[10] Bodin T. Facteurs intervenant dans la décision parentale de consulter un médecin devant une fièvre de l'enfant de 3 mois à 6 ans. Thèse de médecine. Lyon: université Lyon-Sud Charles-Mérieux; 2020.
[11] Haute Autorité de santé. Prise en charge du 1er épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr/.
[12] Lagier L, Mazereeuw-Hautier J, Raffin D, Beneton N, Lorette G, Maruani A. Les dermites du siège du nourrisson. Ann Dermatol Venereol 2015;142:54–61.
[13] Amat F, Paluel-Marmont C, Lambert N, Bourgoin-Heck M, Jus J. La dermatite atopique au sein des autres maladies atopiques : première étape du syndrome de multi-morbidité atopique ? Analyse de la littérature. Rev Fr Allergol 2019;59:110–2.
[14] Carroll AE, Garrison MM, Christakis DA. A systematic review of non-pharmacological and non-surgical therapies for gastro-oesophageal reflux in infants. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:109–13.
[15] Reflux gastro-œsophagien chez un nourrisson. L'essentiel sur les soins de premier choix. Rev Prescrire 2020;40(445):850–4.
[16] Steiner MJ, DeWalt DA, Byerley JS. Is this child dehydrated ? JAMA 2004;291(22):2746–54.

Chapitre 34

Les adolescents en consultation de médecine générale

Philippe Binder, Dagmar M. Haller

PLAN DU CHAPITRE

Prendre en compte le panorama des demandes . . 335
Élargir le champ en adoptant une attitude d'éducation et de prévention 340
Créer les conditions d'une relation de soin . . . 340
S'engager dans une relation structurante de soutien 342
Intervenir, accompagner et orienter si besoin . 343
Conclusion 344

La consultation des adolescents a des spécificités auxquelles le médecin généraliste répond en prenant en compte la globalité somatique, psychique et sociale. Entre 13 et 18 ans, les jeunes ont quitté l'enfance et tentent de devenir sujets de leurs corps et de leur vie. L'adolescence est une période de transformations biologiques, psychologiques et sociales considérables. Toute approche de la médecine de l'adolescent est imprégnée de cette dynamique de transformation et donc d'instabilité [1]. Le médecin généraliste relève des défis cliniques et relationnels aux contours fluctuants et aux dynamiques très mouvantes. Dans cette complexité spécifique redoutée par bon nombre de praticiens, nous proposons un ensemble de repères. Ils s'organisent autour de quatre aptitudes de bases : prendre en compte le panorama des demandes, ouvrir le champ au-delà des motifs, s'engager dans une relation structurante, puis orienter éventuellement et toujours accompagner.

Prendre en compte le panorama des demandes

En population générale, un adolescent sur deux se plaint de troubles du sommeil, un sur quatre d'irritabilité, de nervosité, et un sur six de dorsalgies, de céphalées ou de douleurs abdominales. Ces plaintes concernent deux fois plus de filles que de garçons. Tous se préoccupent de normalité et de bonne forme. Leur moral est fluctuant, celui des filles s'altère entre la 6e et la 3e, alors que celui des garçons reste stable [2].

Au cabinet du médecin généraliste, les motifs de consultation les plus fréquents sont les certificats, les problèmes pneumologiques/ORL ou viraux saisonniers, les douleurs, les problèmes de peau, les troubles digestifs ou locomoteurs. Moins courants sont la contraception, les plaintes gynécologiques et les motifs psychologiques (stress, déprime, insomnie, anorexie…) ; ils impactent cependant davantage la morbimortalité [3]. Abordons les plus fréquents et les plus spécifiques.

Demandes somatiques

Acné

Cette affection cutanée polymorphe touche 50 à 90 % des adolescents (selon le stade), dont 15 % évoluent en forme grave et 10 % auront des séquelles. Elle résulte d'une combinaison de facteurs : augmentation de la séborrhée, des androgènes, trouble de la kératinisation et prolifération de germes. Son impact psychologique est lié à la sévérité de son extension et à l'image de soi. Les traitements sont d'une efficacité relative et à cibler selon l'infection, l'inflammation, l'hyperkératose ou l'hyperséborrhée. La demande d'efficacité immédiate est forte et la déception est fréquente. L'isotrétinoïne a transformé l'évolution des formes graves mais son indication doit être bien pesée, particulièrement chez les filles en raison de son action tératogène. L'approche psychologique commence par un échange sur ses représentations puis continue avec une explication physiopathologique à la portée de l'adolescent et le soutien à l'observance.

Scoliose idiopathique

Elle touche 2,5 % des adolescents. Le diagnostic est lié à la vigilance de l'entourage et du médecin généraliste qui n'attend pas une plainte douloureuse. L'examen physique retrouve une gibbosité au cours de la flexion du sujet en

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

avant, jambes tendues et mains jointes, en regardant le dos de manière tangentielle à jour frisant. La gravité est déterminée par l'angle de Cobb à la radiographie. La pose d'un corset est controversée et ne concerne que les scolioses d'au moins 25° dont l'évolutivité est documentée. Porter un corset est une épreuve pour les adolescents et l'occasion de tensions tant avec sa famille qu'avec son médecin. En aucun cas la scoliose n'est une cause de contre-indication à l'activité sportive.

Dysménorrhées

Les douleurs pelviennes du début de cycle concernent plus de la moitié des filles à l'adolescence. Elles se distinguent du syndrome prémenstruel. Les dysménorrhées sont essentiellement primaires et très souvent banalisées. Pourtant elles sont parfois très invalidantes, associées à un absentéisme scolaire. Elles sont dues à un excès de production de prostaglandines majorant les contractions du muscle et parfois des artères de l'endomètre. Le traitement de première ligne est constitué par les AINS, la contraception orale étant une alternative en l'absence de contre-indication. L'application de chaleur (bouillotte) est un complément de traitement réputé efficace.

Pathologies chroniques

Les pathologies comme l'asthme, le diabète, les leucémies, l'épilepsie… ne sont pas spécifiques de cet âge mais leur survenue ou leur développement ont des répercussions profondes. Elles renforcent puissamment l'interrogation de l'adolescent sur sa normalité et son devenir « différent ». L'adolescent doit confronter son état au regard de ses pairs. Cela accentue la dévalorisation et le rejet de la maladie. Il va devoir se débrouiller avec un corps diminué ou limité qui entrave la croissance de l'estime de soi et le sentiment de liberté. Attention, plus la maladie est inapparente plus l'acceptabilité est problématique : si pour l'enfant la maladie vient renforcer le mouvement naturel de protection, chez l'adolescent c'est l'inverse, elle enraye le processus autonomisant. Les tensions avec les parents adoptant une vigilance intrusive vont s'exacerber. Cet aspect, ajouté à la culpabilité parentale, débouche souvent sur une dégradation de l'observance. Les troubles de l'humeur sont plus fréquents chez ces jeunes, surtout en cas de handicap moteur. Ils ont une influence négative sur l'évolution de la maladie chronique et sont associés à l'adoption de comportements à risque tels que la consommation de substances psychoactives [4].

La résilience est plus liée à l'image du corps et à la qualité du lien familial qu'à la gravité de l'état physique. On note un lien proportionnel entre la gravité de ces maladies ou le handicap et la rapidité de maturation de l'adolescent.

Dans ces affections, l'adolescent consulte fréquemment les spécialistes d'organe. Le médecin généraliste tient ici pleinement son rôle de coordinateur et d'accompagnateur. Il veille particulièrement à ce qu'il comprenne sa maladie et la logique de son traitement, en suscitant une autonomie de gestion à la mesure de ses moyens et de son entourage. Le médecin interroge régulièrement l'adolescent sur ses comportements à risque, qui pourraient lui donner un sentiment de « normalité ». Le recours à un avis psychologique aide le jeune à intégrer les altérations corporelles dans son évolution psychique.

Retards pubertaires

On parle de retard pubertaire si la fille n'a aucun développement mammaire après 13 ans et si le garçon a un volume testiculaire encore infantile à 14 ans (4 ml ou 2,5 cm maximum), indépendamment du stade de pilosité. Ce sont le plus souvent des pubertés différées et la vigilance est nécessaire sur deux diagnostics fréquents : les dysgénésies gonadiques ou les anorexies mentales précoces. L'angoisse sur la normalité est ici majeure. Aussi le médecin généraliste veille-t-il d'emblée au retentissement psychologique tant sur le jeune que sur ses parents. Le médecin confronte la clinique à la courbe staturo-pondérale, propose au début une surveillance rapprochée puis, à partir des âges limites, les explorations nécessaires concernent l'âge osseux, les dosages hormonaux et les consultations spécialisées pour guider les propositions thérapeutiques.

Gynécomasties du garçon

Cette hyperplasie bénigne du tissu mammaire touche 40 % des garçons au stade I soit un diamètre de 1 cm maximum. Survenant aux stades II ou III de Tanner, elle est la conséquence d'un déséquilibre hormonal transitoire dont l'origine est incertaine. Seuls 4 % des adultes ont une gynécomastie pubertaire persistante. Les gynécomasties de diamètre > 4 cm et celles qui sont clairement asymétriques nécessitent un bilan. La clinique « anodine » ne doit pas faire négliger les angoisses issues des moqueries imaginées ou déjà à l'œuvre. Aucun médicament n'est indiqué et la chirurgie rarement proposée.

Demandes du domaine préventif

Certificats

L'adolescence est une période de vie en groupe scolaire ou sportif au cours de laquelle de nombreux certificats sont demandés. Le médecin généraliste se réfère aux textes officiels qui, en France, ont récemment éclairé une pratique de demandes excessives : sollicitations d'établissements scolaires, de parents mais aussi d'adolescents cherchant à éviter des situations qui lui sont problématiques : image de soi en sport ou à la piscine, impréparation d'examen… C'est l'occasion de tensions. Par son refus, le médecin généraliste rappelle la valeur du document. Lors des demandes de justification d'absence scolaire, le médecin reste attentif aux premières expressions des phobies scolaires.

Vaccinations

Entre 13 et 18 ans, il y a des occasions vaccinales : rappel du vaccin diphtérie-tétanos-polio-coqueluche entre 11 et 13 ans, rattrapage de l'hépatite B jusqu'à 15 ans, du méningocoque jusqu'à 25 ans, et incitation au vaccin papillomavirus entre 11 et 14 ans révolus, en tout cas avant le début de la vie sexuelle. Ce dernier vaccin est l'occasion de commencer une conversation à propos de la vie sexuelle le plus souvent future en annonçant l'intérêt d'en parler en tête à tête sans tiers (cf. infra).

Contraception

L'âge du premier rapport sexuel a peu évolué. En 2010, sa médiane était de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles. Elle était de 18 ans en 1999 pour les filles et en 1970 pour les garçons. Au lycée, en seconde, un tiers des garçons et un quart des filles ont déjà eu un rapport sexuel (enquête HBSC 2014). Ceux-ci sont trop souvent non protégés.

Le médecin généraliste et les adolescents sont chacun conscients de l'intérêt de parler de contraception. Ils sont bien embarrassés de le faire. Parfois, c'est un des parents qui provoque l'échange. Le médecin généraliste discerne les « planifications parentales anxieuses » [3] et prend les devants en s'assurant d'un entretien hors la présence de l'accompagnant. Il aborde les différentes méthodes sans oublier la contraception d'urgence et les infections sexuellement transmissibles. Les adolescents répondent sans difficulté si le secret leur semble garanti et s'ils ne se sentent pas jugés. Si la jeune fille n'a pas l'expérience de vie sexuelle, le médecin généraliste s'enquiert de ses représentations et des personnes ressources à sa portée. Si la jeune fille a déjà une expérience sexuelle, le médecin discute de ses choix même si elle dit tout connaître. Le médecin lui fait part de ses appréciations selon les connaissances actuelles. Il n'oublie pas que la cause la plus fréquente des échecs contraceptifs est la mauvaise observance, qui englobe aussi l'attitude des garçons qui sont à responsabiliser. C'est au médecin généraliste d'en prendre l'initiative, d'aborder ces questions avec les garçons, afin de s'entretenir de leur niveau de conscience et d'implication. Parler de la contraception, c'est aborder la sexualité et l'occasion d'évoquer la vie affective, ses orages et ses apaisements. Les vécus et attitudes adoptées en cas de rupture(s) sont souvent sources de drames intérieurs profonds. Il ne s'agit pas ici de voyeurisme mais de s'assurer que l'adolescent ne subit pas des pressions ou des violences sexuelles, psychologiques ou physiques, qu'elles soient explicites ou larvées. Questionner sur des aspects positifs « *Est-ce que ça va bien avec lui/elle ?* » facilite le déni. Dire : « *Est-ce qu'il est compliqué ?… jaloux ? … coléreux ? As-tu parfois peur de lui ?* » facilite l'expression d'emprise ou de violences subies qui peuvent être abordées ensuite : « *Est-ce qu'on t'a déjà manqué de respect ? As-tu été frappé·e ? As-tu eu, vécu un rapport sexuel non souhaité ?* »

Questionnements au sujet de l'identité sexuelle

Le médecin généraliste aborde cette question chez tout adolescent lors de la discussion sur la vie affective. En général, ils répondent très volontiers si la confidentialité et le non-jugement sont garantis. Chez les jeunes LGBTI, le médecin généraliste reste attentif tant au vécu douloureux dans la vie sociale (stigmatisation, rejet familial, risque suicidaire) qu'aux nécessaires comportements de préservation de sa santé.

Les demandes de changement de sexe commencent à apparaître en médecine générale. Si la question se pose à l'adolescence, la décision est à différer. Des équipes sont maintenant en place dans les grands centres pour accompagner ces demandes.

Troubles du comportement

Quelle qu'en soit l'origine, les troubles du comportement sont rapportés au médecin généraliste par des tiers, essentiellement les parents. Ces plaintes sont proportionnelles à la gêne ressentie par l'entourage. Le repli discret de la jeune fille dans un enfermement masqué par de bons résultats scolaires alerte autant que le tohu-bohu du garçon qui s'oppose à toute autorité. Les troubles internalisés sont moins souvent des motifs à consulter que les troubles externalisés qui mobilisent plus précocement. C'est plus leur chronicité que leur intensité qui inquiète. Les répercussions dans le quotidien de l'adolescent (baisse des résultats scolaires, repli sur soi, irritabilité, troubles du sommeil) sont autant de signes qui alertent le médecin. Leur rapport avec une atteinte psychique est abordé infra.

Abus d'écran

Les écrans sont intégrés aux modes d'apprentissage des adolescents et à leurs désirs : s'abstraire du lieu et de l'espace, s'exonérer des conséquences, refaire le film, transgresser en sécurité, avoir des réponses immédiates échappant aux avis parentaux, être en relation en tout lieu, jour et nuit. Les adultes s'inquiètent de l'influence des contenus et du temps passé. À durée d'exposition égale, le contenu violent n'est pas corrélé à la violence physique. En revanche, le temps passé devant les écrans est corrélé aux troubles psychocomportementaux. Les normes s'inquiètent d'un usage supérieur à 2 heures par jour et le médecin généraliste s'intéresse d'abord à la capacité de supporter sa frustration et à sa place dans le panel des autres investissements occupationnels.

Consommation de substances licites et illicites

Les expérimentations du tabac, de l'alcool et du cannabis concernent la quasi-totalité des adolescents. Comportements d'initiation, de découverte, d'identité et de liberté, ils sont des vecteurs d'intégration liés à l'ambiance, menés toutefois sans conviction. Dans ce cadre, l'image du tabac est devenue ringardisée par le cannabis perçu comme un produit naturel, qui détend et qui pose. L'alcool, lui, est bien dissocié entre « le joyeux, le forcé et le dépressif ». Il occupe une place incontournable dans les sociabilités juvéniles. Objet de partage, il désinhibe, accélère l'allégresse et facilite l'approche sexuelle. Ces expériences sont des outils de gestion identitaire. L'envahissement de l'usage est fortement déterminé par le cadre social et le niveau de tension interne façonnés dans l'enfance [2].

Plusieurs tests d'évaluation ont été validés. Ils ont des critères de gravité communs à connaître : la fréquence et la quantité, la consommation matinale, son caractère solitaire, et l'apparition de reproches de l'entourage. Le médecin généraliste différencie les quatre types de fonctions de ces consommations à risque : 1. rassembler-ressembler-partager ; 2. prendre du plaisir, planer et se poser ; 3. assurer et s'adapter ; 4. délirer et se défoncer [5].

Troubles du comportement alimentaire : obésité, anorexie

Les excès ou restrictions alimentaires ont des origines multifactorielles et complexes. Ils peuvent être compris comme

une expression du conflit dépendance-autonomie entravant ou reportant le travail de séparation-individuation.

La fréquence de l'obésité des jeunes augmente. La sédentarité et la diminution des activités physiques sont plus déterminantes que l'alimentation. L'enquête du médecin généraliste précise le mode alimentaire et les activités et surtout les répercussions psychologiques de l'image de soi et des moqueries des pairs. Le médecin généraliste incite au sport et à l'équilibrage alimentaire sans viser d'objectifs inférieurs à 10 % du poids. La présence d'une tendance au « *binge eating* », repérée à l'aide de l'Ado-BED [6], renforce la motivation à adresser le jeune vers une consultation spécialisée.

La mise en évidence d'une anorexie est souvent retardée car le ou la patiente anorexique l'évite. Le médecin généraliste recherche la difficulté à avaler, la facilité à vomir, les dysmorphophobies, l'aménorrhée, le désintérêt émotionnel et sexuel, et souvent l'hyperactivité intellectuelle et physique. Le SCOFF met en alerte en cinq questions (figure 34.1). Avec ces adolescents, l'excès d'insistance appelle un excès de résistance car la prise de poids est signe de défaite. Le moteur interne est le désir de tout contrôler. Le médecin fait un suivi régulier et demande rapidement un avis spécialisé. L'implication de la famille est essentielle chaque fois que c'est possible.

Autoagressions et violences

Les comportements autoagressifs les plus fréquents sont les scarifications. Assez spécifiques des filles, elles produisent un soulagement éphémère mais réel à reconnaître. Il existe une pulsion à « donner corps » à une souffrance psychique insaisissable pour contenir son envahissement. C'est aussi un appel envers l'entourage ou parfois un élan de purification. Le médecin généraliste qui en fait la découverte fortuite interroge d'abord l'apaisement ressenti afin de ne pas accentuer la honte, et fait preuve d'empathie en proposant des soins comme pour toute plaie du même type.

Les violences sont plus l'apanage des garçons : agressions, vols, fugues témoignent de grandes difficultés à s'exprimer ou se faire entendre dans un environnement fragilisé et souvent peu communicant [7].

Questionnaire SCOFF

1. Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

2. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

4. Pensez-vous que vous êtes trop gros ou trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

5. Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

Fig. 34.1 Questionnaire SCOFF. Deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire. *(Source : Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patient : validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. Clinical Nutrition 2011 ;30(2):178–81.)*

Tentatives de suicide

Elles sont souvent la rencontre d'un état anxiodépressif et d'une impulsivité. La moitié des décès survient hors d'une dépression caractérisée. C'est l'aboutissement d'une crise qui se joue à trois niveaux : un myosis psychique sur les relations, les émotions et les idéaux, un contrôle intense de l'agressivité et un envahissement qui va focaliser sur un scénario suicidaire. Sa fréquence culmine chez les filles de 15 à 16 ans. Leur gravité est plus liée à la précision de l'élaboration du scénario qu'aux moyens utilisés. Souvent tenues cachées, elles sont dépistées avec le BITS (cf. infra) [8]. La priorité du médecin généraliste est d'établir une évaluation du risque de passage à l'acte et d'établir une relation durable [7].

Troubles psychiques

L'évolution psychologique de l'adolescent se déroule en trois temps.

1. **Avant 15 ans** dominent les changements biologiques, l'arrivée des caractères sexuels et de sensations nouvelles. L'adolescent est inquiet de la normalité et perméable aux ambiances publicitaires. Il cherche les expériences avec des récompenses immédiates et avec un faible degré de responsabilité.
2. **De 15 à 17 ans**, il affirme ses propres valeurs en se dissociant de celles de ses parents, le plus souvent par opposition et adhésion à un groupe d'appartenance. Il a souci de son image de soi, de ses relations au groupe et de ses choix amoureux.
3. **Au-delà de 17 ans** sont fixées en général la taille physique, l'orientation sexuelle et la pensée abstraite. Il a connu l'intimité de couple, ses joies et ses ruptures. Il est capable d'affirmer ses valeurs, de faire son autocritique et de s'engager en société [3]. Cette mutation est secouée de dysfonctionnements divers. Les protections infantiles externes de type « crustacé » évoluent vers une autonomie de personnalité fondée sur une structure interne de type « vertébré ».

Dans ces périodes troublées, le risque est l'enfermement ou la fuite. Le médecin généraliste peut l'aider à accéder à un autre point de vue qui ouvre à un début de lucidité [9].

Anxiétés

L'adolescence est une période traversée d'émotions de toutes sortes et l'anxiété en est une des plus fréquentes. Leur apparition est plus liée au stade pubertaire de Tanner qu'à l'âge civil. Elle va de la simple inquiétude existentielle aux formes les plus graves dans un continuum sans ruptures entre normal et pathologique. Les formes les plus courantes sont :

- l'attaque de panique : de survenue brutale, elle dure moins d'une heure et s'accompagne d'un cortège somatique ameutant l'entourage : dyspnée, tachycardie, oppression, nausées, vertiges… Souvent étiquetées « spasmophilie », elles ont rarement un facteur déclenchant et sont spontanément résolutives pour peu que l'entourage soit apaisant ;
- l'angoisse de séparation : remarquée le plus souvent par un refus scolaire ou d'éloignement de ses parents, elle ne doit pas être confondue avec des craintes fondées de harcèlement en milieu scolaire. La plupart du temps, l'adolescent désigne des prétextes extérieurs pour éviter de reconnaître cette vulnérabilité ;
- l'anxiété généralisée : cet état durable est attribué à des causes extérieures dont l'intensité est disproportionnée avec l'objet indiqué. Elles envahissent la vie psychique, poussant l'adolescent à des timidités maladives ou des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) qui étouffent le champ évolutif.

La gravité de ces troubles est appréciée avec l'acronyme CPIRE : Cumul, Précoce, Intense, Répété, Excluant [9]. La prise en charge est multiple : psychothérapie de soutien, TCC, hypnose, thérapies familiales, solutions sociales (internat, camp de vacances) et médicamenteuse.

Dépressions

La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est de 15 à 20 % sur toute l'adolescence, celle de l'ambiance dépressive est de 30 à 40 %. L'adolescent n'exprime pas de plainte dépressive, il est plutôt dans le repli, l'irritabilité, l'hostilité, l'agitation, la réactivité et une fluctuation avec maintien de son activité et de ses relations. Son expression se distingue de la dépression des adultes faite surtout de ralentissement et d'isolement. Le médecin généraliste s'attache à repérer sa chronicité, car avec le temps les conduites agies diminuent tandis qu'augmente le poids des pensées négatives : perte d'estime de soi, impuissance, désespoir, culpabilité et idées suicidaires. Pour s'y retrouver, le médecin utilise le score ADRS (tableau 34.1), la dépression commence à partir d'un résultat à 4. La prise en charge est associée à un avis psychiatrique et un suivi psychothérapeutique. La fluoxétine est actuellement la seule molécule ayant une AMM à ces âges [10].

Tableau 34.1 Score ADRS (*Adolescent Depression Rating Scale*).Les questions doivent bien préciser que l'état demandé doit être constant depuis 14 jours au moins pour être noté « vrai ». Si la réponse est « ça dépend » elle n'est pas noté « vrai ». Le score est déterminé par le nombre de réponses vraies. Le total est compris entre 0 et 10. – Score = 3 : dépression clinique. – Score = 4 : dépression selon le DSM -IV.

	Vrai	Faux
Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment		
Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse		
Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail		
À l'école, au boulot, je n'y arrive pas		
Je ne supporte pas grand-chose		
Je dors très mal		
J'ai du mal à réfléchir		
Ce que je fais ne sert à rien		
Je me sens découragé		
Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir		

(D'après : Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry 2007;7:2.)

Psychoses

Leur clinique associe l'isolement, l'envahissement et la dysharmonie. L'arrivée de la sexualité et la nécessité de s'affranchir de l'enfance facilitent des clivages et leurs mécanismes archaïques : dévalorisation, déni des émotions, omnipotence, attaques du corps sexué brouillant les limites entre soi et autrui. Le médecin généraliste ne confond pas :

- l'épisode psychotique, où la perte de réalité est fugace dominée par un corps persécutif poussant au suicide ;
- le fonctionnement psychotique, où les manifestations du corps pubère sont l'ennemi à réduire voire à détruire car elles menacent son intégrité encore infantile (TCA, addictions) ;
- la psychose, où la pensée même est attaquée, envahie d'archaïque et de pulsions.

La schizophrénie concerne les adultes mais des symptômes peuvent apparaître en fin d'adolescence : ils sont plus précoces chez les garçons et peu spécifiques : retrait, apragmatisme, anhédonie. Six mois de suivi et un avis spécialisé sont indispensables avant d'émettre cette hypothèse.

L'épisode délirant aigu est une autre mode d'entrée mais qui signe plutôt une pathologie thymique. Le suivi spécialisé ajuste le diagnostic.

Le cannabis est utilisé comme correcteur des symptômes, il en est rarement la cause. Sa consommation chronique maintient un état affectif déconnecté aboulique avançant les décompensations et retardant les prises en charge.

Dans tous ces syndromes, une étiquette intempestive donnée aux parents est une erreur professionnelle [3].

Élargir le champ en adoptant une attitude d'éducation et de prévention

La nécessité et les occasions d'ouvertures

Les motifs de consultation de l'adolescent ou du parent sont souvent peu clairs et cachent d'autres attentes. Les interrogations sur la sexualité, l'identité et la normalité sont rarement exprimées spontanément. Les troubles émotionnels ou les conduites à risque touchent un quart à un tiers de cette population L'impératif est d'ouvrir au-delà du motif pour faciliter l'expression d'un trouble qui ne se dit pas. Les adolescents attendent d'ailleurs « les bonnes questions » [11]. Il existe plusieurs occasions.

Lors de l'exposé du motif, en introduisant une petite pause suivie de : « *Et à part ça ?… Oui mais encore…* », le médecin généraliste multiplie par trois la fréquence d'abord des aspects psychologiques à la consultation en cours.

L'examen clinique est le moment privilégié pour questionner ses représentations du corps, de la sexualité, de l'identité et de normalité. Le médecin généraliste est le seul adulte qui touche le corps de l'adolescent. Avec le stétho : « *Bon, le rythme est normal ; as-tu des palpitations parfois ? lors d'émotions ou de stress ?* ». Devant des écarts à la moyenne importants (poids, taille, acné, strabisme, anomalie morphologique) non abordés par l'adolescent, le médecin évoque son attention : « *Je me demandais si ton poids… acné… te faisait souci ?* »

Les vaccinations, les certificats sont des occasions de bilan où le médecin généraliste aborde un panorama rapide de sa santé avec les outils cités ci-après.

En fin de consultation, la main sur la poignée de porte est le moment bien connu où apparaissent des allusions délicates. Si le médecin montre alors toute son attention, il ne prolonge pas et propose de reprendre cet échange dans un délai lié à la gravité du propos.

Avec l'expérience, le médecin généraliste décode les signes et les postures qui signent l'ouverture… ou la fermeture.

Outils de dépistage et d'évaluation rapide

L'exploration des troubles psychologiques, d'un mal-être non dit et des problématiques autoagressives cachées (idées suicidaires, tentatives de suicide, scarifications) est facilitée par la pratique du test BITS) (Brimades, Insomnies, Tabac, Stress) qui peut être systématique pour toute consultation d'adolescent. Ce sont quatre questions posées au fil de l'eau : « *Tu dors bien ? Tu es stressé(e) quand tu vas à l'école ? [Si oui :] Par le travail scolaire ou l'ambiance des copains et leurs brimades ? Et quand tu rentres chez toi, tu stresses aussi ? Tu as essayé le tabac ?* » Trois réponses positives incitent à s'enquérir d'une problématique suicidaire récente ou antérieure, retrouvée chez 13 % des ados, ou autoagressives en général présente chez 19 % [8]. L'exploration peut continuer sur les consommations dans cet ordre : « *As-tu déjà fumé ? encore actuellement ? que du tabac ? et l'alcool, où en es-tu ?* » « *Que penses-tu de ton temps passé avec ton téléphone portable ? t'en fait-on reproche ?* ». De façon plus complète le médecin généraliste se repère avec la liste HEADSSS : H, pour Habitat, maison ; E pour Éducation, école ; A pour Activités ; D pour Drogues ; S pour Sexualité ; S pour Suicide ; S pour Sécurité, médias Sociaux.

Pour l'évaluation rapide d'un symptôme ou d'un trouble relevé : insomnies, oppressions, douleurs ou comportements, le médecin utilise l'acronyme CPIRE qui fait la somme des qualificatifs (Cumul, Précoce, Intense, Répété, Excluant). Il évalue la dépression avec l'échelle ADRS puis le risque suicidaire avec le RUD (Risque, Urgence, Dangerosité) [10]. Le Dep-Ado permet l'évaluation de la consommation de substances. Prendre une grille devant le patient montre l'attention, le sérieux, et le non-jugement. « *Bon, ça ne va pas fort, je me fais du souci, regardons cela de plus près avec un questionnaire d'évaluation.* »

Créer les conditions d'une relation de soin

Le médecin généraliste favorise les facteurs de protection en accompagnant par du sens et du lien vers une ouverture à plus de choix possibles [9].

Spécificités de la rencontre avec l'adolescent

Entrer en relation avec un adolescent, c'est d'abord déjouer quelques pièges : être instrumentalisé par le ou les parents

pour leurs objectifs, remplacer le parent défaillant, copiner pour faire alliance, rester en échange cognitif, attendre des résultats et une expression qui ne vient pas, donner leçons et solutions, entre autres. C'est ensuite s'interroger sur sa fonction soignante.

Représentations du médecin, de l'adolescent, du tiers

Représentations du soignant

Les médecins généralistes ont des représentations très diverses de leur mission. La plupart revendiquent assurer des relations de soutien mais la mécanique de la prescription médicamenteuse tend à considérer le relationnel comme optionnel, ce d'autant que ce privilège participe de la légitimation du médecin généraliste. Au croisement des représentations et des appréhensions des médecins généralistes émerge une typologie de positionnement personnel envers les adolescents [12].

Les « réparateurs » ont une conception de « techniciens » qui se bornent à résoudre le motif. Ils agissent dans le présent sur des problèmes simples car biomédicaux. Pour eux, les adolescents ont des difficultés de communication, sont peu fiables et leur récit est souvent non fondé. Détachés et non anxieux, ces médecins généralistes ont une vision positiviste où les émotions ne sont pas vraiment prises en compte.

Les « planificateurs » ont une conception d'« ingénieurs ». Ils ont repéré la complexité des origines des difficultés et intègrent l'environnement, le mode de vie et la dimension familiale. S'appuyant sur les tiers, ils soutiennent l'autonomisation et encouragent les jeunes à saisir l'opportunité de se confier mais se tiennent à distance. Ils ont compris l'importance du temps nécessaire et intègrent le futur. Proactifs et perfectionnistes, ils cherchent le pourquoi du comment avec des grilles d'évaluation. Leurs attentes excessives et leur désir de performance les exposent au burn-out, puis à la déception et enfin au désengagement.

Les « collaborateurs » ont une conception allant d'« accompagnateurs » discrets à « moniteurs » actifs. En plus du présent et du futur, ils intègrent le passé, la biographie et la géographie relationnelle de l'ado. Ils se donnent le temps pour établir une relation de confiance. Ils intègrent la famille dans son contexte plus large et évolutif et apprécient les collaborations avec les psychologues, infirmières scolaires, éducateurs et travailleurs sociaux. Ces médecins généralistes cherchent le point de vue de l'adolescent et utilisent l'émotion pour déclencher une réflexion sur soi. Ils ne sont pas impatients de la confidence. Ils ont renoncé à tout savoir pour comprendre et valorisent les compétences cachées.

L'enseignement facultaire actuel suffit aux réparateurs. Les planificateurs ont souvent fait un peu de formation complémentaire. Les collaborateurs ont mûri un travail personnel et de groupe sur la fonction relationnelle [13]. Les groupes de pairs ou les groupes Balint y contribuent.

Représentations et réactions des adolescents

En population générale, la plupart des adolescents ont une perception positive de leur vie et de leur santé. Ils prennent soin d'eux-mêmes et s'occupent de leur hygiène, leur peau, leur poids, et leur « look ». Pour eux, les médecins généralistes sont « pour le corps » et ils les abordent par des plaintes corporelles variées, tandis que l'image de leur état psychologique reste floue. Seulement un adolescent dépressif sur six consulte un spécialiste. Leurs réactions communes au mal-être ou au stress sont soit de s'isoler et d'écouter de la musique, soit, à un moindre degré, de voir les copains/copines ; d'autres sont très spécifiques du genre : jouer à des jeux vidéo ou faire du sport pour les garçons ; écrire, se faire du mal, fumer ou utiliser leurs écrans (en dehors des jeux vidéo) pour les filles [2].

Accueillir

Le cadre du cabinet médical prépare la relation. Les ados apprécient la facilité d'accès du cabinet, le faible temps d'attente et l'horaire adapté à leur vie scolaire.

Une attention sur un détail de l'adolescent (tenue, look) transmet l'intérêt du médecin généraliste. La familiarité de certains adolescents n'a pas besoin de réponse triviale ou complice. Le rappel du cadre professionnel se fait calmement et toujours avec humour. Faut-il tutoyer ? L'âge et le sexe du médecin, la culture, le suivi antérieur et le rapport à sa famille influencent ce choix. Si la majorité préfère être tutoyée, le minimum est de leur demander leur avis et d'éviter un paternalisme déplacé.

Gérer le tiers

Deux fois sur trois l'adolescent est accompagné d'un tiers pendant la consultation. Cette présence en modifie le contenu. Être médecin de famille requiert un positionnement avec chaque membre de la famille. Les systèmes familiaux sont complexes, ils ont une grande inertie au changement et leurs fondamentaux culturels se transforment. Le médecin généraliste s'intéresse aux fonctionnements sur trois générations, il les nomme sans juger, offre un espace de réflexion, suscite l'expression de chacun et ouvre à d'autres options [13].

Devant toute demande de tiers, y compris au téléphone, le médecin généraliste s'interroge : « *Qui souffre ? Qui demande quoi et pour qui ?* » pour déjouer les enjeux de délégation inconscients ou cachés. Il s'agit d'abord de clarifier la place de l'adolescent vis-à-vis de l'accompagnant par une valorisation de sa parole, et, au moment opportun, faire sortir le tiers pour matérialiser un premier entretien duel. Le médecin généraliste pose un acte professionnel réfléchi qui ne laisse pas de prise à une manipulation de tiers.

En début de consultation, le médecin reste factuel en faisant décrire le processus qui a amené à la consultation. L'adolescent apprécie toujours cette démarche d'éclaircissement et le médecin est renseigné sur le fonctionnement familial.

Aménager un temps seul avec l'adolescent est autonomisant, indispensable et recommandé [10]. Il découvre en sécurité la possibilité d'un espace de confidence à un professionnel hors du champ familial. Pour faire sortir le tiers, le médecin respecte les quatre temps :

1. Résumer le constat commun.
2. Énoncer la nécessité de recevoir l'adolescent seul vu sa maturité.

3. Inviter le tiers à se retirer.
4. Annoncer que le point sera fait ensemble après.

Le médecin généraliste ne demande pas l'autorisation à l'adolescent car sa réponse n'est pas libre. Il est pris dans un conflit de loyauté entre désir ou inquiétude de parler seul et la crainte d'un questionnement ou d'une interprétation de rejet par son parent.

À la question de l'isolement du mineur pour l'examen clinique, les avis sont partagés et liés aux cultures. Une solution simple est de laisser l'accompagnant hors de la vue mais à portée de voix conversationnelle (rideau, porte ouverte…).

Le cadre de la confidentialité

Le médecin généraliste peut avoir à hésiter entre secret professionnel et devoir d'informer. Que dit la loi ? En France, ces questions relèvent de textes et d'habitudes. En matière pénale la majorité est fixée à 18 ans, cependant la responsabilité pénale débute à un âge apprécié au cas par cas, la jurisprudence la situant entre 8 et 10 ans. Cependant des peines ne peuvent être infligées qu'à des personnes de plus de 13 ans. La « majorité médicale » ne signifie juridiquement rien. Les textes qui régissent le secret relatif aux mineurs sont issus du Code civil et du Code de la santé publique. Ils établissent un équilibre entre deux nécessités : le mineur a droit au respect de sa vie privée (Code civil art. 9) et au secret professionnel (Code de la santé publique art. L. 1110-4, art. L. 1111-6 et art. R. 4127-4), et il est soumis à l'autorité de ses représentants légaux (Code civil art. 371-1 et 2 et Code de la santé publique art. L. 1111-2), chacun des parents étant réputé agir avec le consentement de l'autre (Code civil art. 372-2). Le médecin se doit donc de les informer (Code de la santé publique R. 4127-42).

Tant que les informations ne sont pas nécessaires à des prises de décisions parentales, que sa santé n'est pas en danger à court terme et que ses parents donnent leur accord aux consultations de façon implicite ou explicite, le secret médical est garanti au mineur. Lorsqu'une décision médicale est à prendre ou une information à donner, en raison d'une nécessité de traitement ou d'intervention pour le sauvegarder d'un danger et que le mineur s'oppose à en informer ses parents, le médecin doit d'abord éclairer le mineur sur cette nécessité. Si le mineur maintient son opposition après avoir été dûment informé, le médecin doit obtenir son consentement pour le soin et lui demander de désigner un adulte de son choix pour l'accompagner. Il doit en faire mention dans son dossier médical (Code de la santé publique art. L. 1111-6).

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel de l'Assurance Maladie, son seul consentement est requis (Code de la santé publique art. L. 1111-5).

Le consentement des représentants légaux n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures (art. L. 5134-1). Les rapports sexuels sur mineur(e)s de moins de 15 ans même consentant par un majeur sont punis par la loi et doivent être signalés à la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Entre 15 et 18 ans les rapports sexuels sont autorisés entre mineurs, et avec un adulte sauf si l'un des deux est en position d'autorité à l'égard du mineur.

S'engager dans une relation structurante de soutien

Principes d'intervention

En dehors des situations d'urgence, le médecin généraliste assume un rôle « d'accompagnateur » avec quatre objectifs : favoriser l'expression, les compétences adaptatives, l'estime de soi et s'accorder sur des objectifs [14].

Favoriser l'expression

En tête à tête avec l'adolescent, le médecin généraliste s'assure d'abord de son adhésion. S'il a été forcé à venir, le médecin le souligne et n'oblige à rien. Il montre le cadre sécurisant et précise le rapport au tiers. Les adolescents connaissent mal les prérogatives du secret professionnel et se méfient d'une complicité d'adultes. Ensuite l'entretien peut commencer. L'adolescent est peu explicite dans sa demande mais adresse des signaux comportementaux. Il recule sa chaise → défiance ; il se penche en avant ou avance sa chaise → intérêt ; il met ses coudes ou ses bras sur le bureau → confiance ; il lâche quelques « tu » dans la conversation → alliance. Le médecin généraliste reprend les motifs du jour et en aborde les représentations.

Il s'écarte autant du copinage que du parti parental. Il explique des éléments de la position parentale et peut donner son point de vue sur ce qu'il a compris de la situation, sans établir de causalités, puis le confronte à l'avis de l'adolescent. Entendre l'avis du « docteur » à son sujet retient toute l'attention d'un adolescent refermé et peut libérer une expression hésitante à décrire un malaise intérieur. Soit l'avis est ajusté et il se sent compris, soit l'avis est erroné et il s'exprime alors pour rectifier, ce qui est le but recherché. Même si le mal-être est nié ou sans suivi, l'adolescent aura repéré un interlocuteur potentiel de recours.

La suite est conduite en reformulations pour consolider et enrichir la communication. Le médecin l'aide à formuler les zones gâchettes qui déclenchent ses troubles pour qu'il travaille à les anticiper : « *Parle-moi du dernier détail qui t'a énervé* » Il peut aussi proposer un temps réflexif d'écriture car, si parler c'est trier sa pensée, écrire c'est l'organiser : « *Pour la prochaine fois, pourrais-tu écrire un texte sur un côté d'une feuille A4 qui commencerait par "Voilà ma vie et les gens qui comptent pour moi"?* » [13].

Identifier et valoriser les compétences adaptatives en suscitant une diversité de solutions

Le médecin généraliste approche les conduites à risque à partir du plaisir ou du soulagement recherché plutôt qu'à partir des dégâts redoutés ou constatés. L'ado cherche d'abord à être mieux, même si les moyens choisis sont délétères. Leurs représentations étant souvent binaires, le travail est d'ouvrir le champ des possibles et de varier les solutions à partir des quelques compétences repérées, même les plus

ténues. Le médecin généraliste s'appuie sur une résilience de satisfactions restantes, émotionnelles ou physiques d'abord, cognitives ensuite.

> Julie : « *Mes parents m'ont pourri mon week-end.* »
> Le médecin : « *Veux-tu dire que tu étais agacée par leur attitude ? Ce n'est pas la même chose.* »
> Julie : « *C'est sûr, ça m'a poussé à fumer !* »
> Le médecin : « *Hum. Tu as choisi de fumer… Y a-t-il des choses qui t'auraient fait plaisir ?* »

Poser les bonnes questions

Le médecin généraliste interroge sur le réel, le pragmatique, il ne compte pas sur l'implicite car les mondes sont trop différents. C'est un exercice de clarification des impressions vagues que l'adolescent perçoit confusément : « *Tu dis ça va mieux, mais à quoi tu vois cela ?* » Les adolescents attendent « les bonnes questions » et répondent presque toujours si la confidentialité et le non-jugement sont garantis [11]. Le médecin évite les formulations teintées de jugement du type « *Tu vois bien que tu avais trop bu* » ou « *Il vaudrait mieux que tu fasses tes devoirs plutôt que de jouer sur les écrans* ». Le médecin témoigne d'une sollicitude qui est déjà un accompagnement en interrogeant ses besoins, ses désirs et ses projets. Il différencie ce que l'adolescent subit de ce qu'il choisit : « *Si je pouvais réaliser ton plus cher désir avec une baguette magique, ce serait lequel ?* », « *Qu'est-ce qui est le plus pénible actuellement ?* », « *La dernière fois que tu as choisi quelque chose, c'était quoi ?* » [13, 14].

Améliorer l'estime de soi

Toutes les occasions sont bonnes pour améliorer l'estime de soi. Les adolescents ont du mal à percevoir leurs valeurs. À partir d'exemples précis : vol, mensonge, mépris, violence, le médecin généraliste aide l'ado à faire le tour de ses valeurs. Puis à partir d'un fait récent qui a créé des émotions ou l'a stressé, le médecin pointe, identifie et valorise les compétences adaptatives mises en jeu : « *Que crois-tu que pense ton parent de cette situation ?* », « *Comment aurais-tu pu gérer autrement ?* ». Le médecin place un élément positif ou créatif observé même très discret.

Intervenir, accompagner et orienter si besoin

Principes

La plupart du temps la perturbation est passagère. Après élimination des critères de gravité, l'objectif général est d'aider l'adolescent à passer un cap. Cinq principes pilotent la mise en œuvre [14] :

1. le patient a toujours raison ;
2. il a les clés de la temporalité et avance quand il est mûr ;
3. il demande du soin mais peut-être ne peut-il pas changer ;
4. notre soutien s'exerce côte à côte et non face à face ;
5. la fin de l'entretien ne résout pas, elle nourrit le quotidien du patient.

Ajuster avec l'adolescent des objectifs à sa portée

L'adolescent est invité à sortir d'un rôle de victime et est confronté à ses choix. Le médecin généraliste développe ici les techniques d'entretien motivationnel avec des propositions sur des objectifs très limités dans une marge de choix tout en s'assurant de sa compréhension.

> Le médecin : « *Manifestement, tu supportes mal le petit déjeuner avec ta mère.* »
> Mathéo : « *Bien forcé !* »
> Le médecin : « *Et que penserais-tu de te lever plus tôt pour déjeuner seul, ou avec ton père ?* »

Séquencer le suivi

Une succession des contacts est plus soutenant qu'une longue intervention ponctuelle, sauf urgence. Après avoir nommé la situation et transmis une empathie, le médecin généraliste fixe un rendez-vous pour le revoir, dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation. Il ne demande pas à l'adolescent de venir quand il veut. Il propose d'abord un rendez-vous puis demande son accord. Cela introduit un début d'engagement relationnel. Chaque séquence de 20 minutes se suffit car c'est une marche d'escalier sur un long parcours [9].

Les nouvelles technologies de communication peuvent aussi servir l'accompagnement, courriel, SMS, téléphone. Elles ont montré leur efficacité dans le suivi chronique : asthme ou diabète, sevrage tabagique. C'est plus délicat pour des troubles psychologiques. Ces messages peuvent apaiser même de façon brève et aider à passer un cap. Ces techniques ont peut-être de l'avenir mais la prudence est de rigueur dans leur mise en œuvre [14].

Orienter vers le dispositif spécialisé

Demander un avis ou orienter nécessite de connaître le dispositif spécialisé de proximité et ses particularités tant humaines qu'administratives. En France, il s'agit des CMP-ado (hospitalier), des maisons des adolescents, des CMPP (associatif) qui s'occupent souvent des plus jeunes, et d'autres particularités locales. Le médecin généraliste se renseigne pour connaître leurs possibilités et leurs limites. En général, le premier rendez-vous est pris avec une infirmière qui réfère ensuite à son équipe pour évaluation et fixe un second rendez-vous avec un psychologue ou un psychiatre. Le problème récurrent est la carence d'informations de retour. Les professionnels de ces dispositifs écrivent rarement aux médecins généralistes. L'idéal serait de pouvoir s'entretenir avec le pédopsychiatre ou le psychologue qui suit l'adolescent pour coordonner les interventions, mais cela n'est pas souvent possible.

D'autres avis peuvent être recueillis, celui des infirmièr·es ou médecins scolaires, celui des éducateurs de prévention qui interviennent éventuellement dans la famille ou dans le quartier, celui des psychologues ou psychiatres privés ou institutionnels.

Par rapport aux adolescents, le médecin généraliste personnalise l'orientation en adressant à *telle* personne en qui

il a confiance et non « au centre ». Le médecin généraliste explique que cette orientation n'est pas un abandon mais un partenariat : l'adolescent pourra revenir consulter pour échanger à propos de cette expérience de suivi spécialisé [9].

Conclusion

Le médecin généraliste accueille et suit les adolescents en intégrant une exploration somatopsychique avec une attitude permettant d'établir à la fois une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur [15]. Il est plus compétent qu'il ne le croit, il a juste quelques réticences et représentations à surmonter [9].

Références

[1] Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. Lancet 2012;379(9826):1630–40.
[2] Jousselme C, Cosquer M, Hasler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris: Inserm; 2015.
[3] Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescence. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2005.
[4] Gubelmann A, Berchtold A, Barrense-Dias Y, Akre C, Newman CJ, Suris JC. Youth with chronic conditions and risky behaviors: an indirect path. J Adolesc Health 2018;63(6):785–91.
[5] Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. 2e partie – Les interventions possibles. exercer 2017;130:72–9.
[6] Chamay-Weber C, Combescure C, Lanza L, Carrard I, Haller DM. Screening obese adolescents for binge eating disorder in primary care: the adolescent binge eating scale. J Pediatr 2017;185:68–72.e1.
[7] Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 2012;379(9834):2373–82.
[8] Binder P, Heintz A-L, Haller DM, Favre A-S, Tudrej B, Ingrand P, Vanderkam P. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco- stress test. Early Intervention in Psychiatry 2019;1–7.
[9] Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. 2e partie : Évaluer, accompagner. exercer 2018;142:169–81.
[10] Haute Autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Saint-Denis: HAS; 2014.
[11] Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? Eur J Gen Pract 2016;3:1–8.
[12] Roberts J, Crosland A, Fulton J. Patterns of engagement between GPs and adolescents presenting with psychological difficulties: a qualitative study. Br J Gen Pract 2014;64:e246–54.
[13] Maillet C. De la loi du plus fort à la loi du juste. Les humanités du thérapeute II., 2011, Montauban: Éditions Réciproques. 76 p.
[14] Jamoulle O, Lambert Y, Girard M, Charbonneau L, Richard C, Lussier MT. Les adolescents. In: Richard C, Lussier MT, editors. La communication professionnelle en santé. 2e édition. Saint-Laurent (Montréal): ERPI; 2016.
[15] Roberts J, Sanci L, Haller D. Global adolescent health: is there a role for general practice? Br J Gen Pract 2012;62(604):608–10.

Chapitre 35

La patiente demandant une contraception

Anne Freyens

PLAN DU CHAPITRE

Une demande de contraception 347
Tenir compte de l'efficacité contraceptive 348
Méthodes contraceptives hormonales 349
Contraceptions intra-utérines non hormonales : DIU (dispositifs intra-utérins au cuivre) 351
Première demande chez l'adolescente : prendre son temps 352
Contraception en post-partum et post-abortum : anticiper 352
Contraception chez la femme en situation d'obésité ou de diabète : de la prudence 352
Contraception chez la femme de plus de 40 ans 353
Contraceptions définitives : stérilisations 353
Contraceptions à risque d'échecs plus élevé . . . 353
Conclusion 354

La contraception vise à réduire le nombre de grossesses non prévues. En France, depuis 2001, le nombre d'IVG reste stable aux alentours de 230 000 par an, malgré l'existence d'une multitude d'options contraceptives disponibles [1]. L'efficacité maximale n'est atteinte que si l'utilisatrice est impliquée dans le choix de la méthode et la prise de décision [2].

Il existe cinq grandes familles de contraceptifs :

- hormonale ;
- intra-utérine ;
- barrière ;
- naturelle ;
- par stérilisation.

Selon l'OMS, une contraception est considérée comme très efficace si le nombre de grossesses non prévues pour 100 femmes avec une utilisation régulière et correcte la première année d'utilisation est estimé à moins de 1 % [3].

Une demande de contraception est une consultation complexe, à réaliser « sur mesure ». Elle est dédiée et adaptée à chaque femme et à chaque moment de sa vie. Le choix de la contraception est laissé à la patiente, accompagnée par le médecin, une fois les différentes solutions contraceptives existantes exposées. Le choix tient également compte de l'efficacité contraceptive la plus élevée possible tout en respectant les contre-indications.

Une comparaison des risques propres à chaque patiente et à chaque contraception est réalisée en fonction des souhaits, des contraintes et des préférences de la patiente.

Les idées reçues, la sexualité et les croyances des patientes et de leurs partenaires sont explorées pour améliorer l'observance.

Une demande de contraception

Accueil : un moment d'écoute et de recueil d'informations

La consultation commence par situer et définir avec précision la demande de la patiente.

Une demande de contraception d'urgence se gère différemment d'une première contraception préventive, d'une situation de post-partum, de contraception post-IVG ou de péri-ménopause…

L'historique des contraceptions déjà utilisées et leur tolérance guident la consultation, ainsi que les caractéristiques des menstruations naturelles, les antécédents d'IVG, de pathologies oncologiques, de risques cardiovasculaires, de thromboses, d'éventuels antécédents de grossesses sous contraception…

Le médecin généraliste remplit de façon précise les antécédents personnels et familiaux dans son dossier médical et le tient à jour à chaque occasion, en listant les différentes contraceptions utilisées au cours de la vie de la patiente et les intolérances éventuelles. Les antécédents ou traitements contre-indiquant certaines contraceptions sont notés de façon visible dans le dossier médical.

Certaines demandes de contraception sont utilisées comme traitement de pathologies (dysménorrhées, ovaires polykystiques, acné, endométriose…) indépendantes de l'existence d'une activité sexuelle. D'autres peuvent être des demandes en lien avec le confort d'obtenir une aménorrhée sans réel besoin d'une contraception.

Qu'il s'agisse d'une adolescente ou pas, le médecin généraliste favorise systématiquement un moment sans accompagnant permettant à la patiente de s'exprimer librement sur

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ses attentes et questionnements. La consultation de contraception est un moment privilégié pour dépister et explorer les violences, l'emprise de certains partenaires sur les choix contraceptifs, le vécu de la vie sexuelle, les dépistages des infections sexuellement transmises…

Examen physique et gynécologique : au cas par cas

Un examen gynécologique peut être différé selon les situations, en fonction de l'âge (premier frottis cervico-utérin recommandé à 25 ans), des antécédents, de la virginité, de l'existence de symptômes ou pas (douleurs pelviennes, dyspareunies, leucorrhées…), du type de contraception choisie (DIU), du souhait de la patiente.

La mesure de la pression artérielle, du poids, de la taille, l'examen sénologique annuel font partie de la consultation de contraception et du suivi.

La décision partagée

Le médecin généraliste expose à la patiente, après avoir pris en compte ses antécédents, ses facteurs de risque, ses souhaits, les différentes possibilités de contraception adaptées à sa situation. Il passe en revue les avantages et inconvénients de chaque méthode et compare les niveaux d'efficacité. Il peut être utile de montrer à la patiente la taille réelle d'un dispositif intra-utérin (DIU), d'un anneau ou d'un implant pour lui permettre de combattre certaines idées reçues — les patientes s'imaginent parfois les DIU ou les implants bien plus grands qu'ils ne le sont en réalité.

La discussion porte également sur les effets secondaires possibles, sur les menstruations, les *spottings*, la libido, les douleurs éventuelles lors de la pose d'un DIU ou d'un implant, les techniques de pose.

Prescription

En fonction de la contraception choisie, l'ordonnance comprend le contraceptif avec sa posologie et aussi, selon les cas (contraception orale), une contraception d'urgence en cas d'oubli, et des préservatifs si la patiente le souhaite (remboursés actuellement).

Le médecin généraliste prescrit également une biologie à réaliser dans les 3 mois en cas de contraception orale estroprogestative sans facteur de risque cardiovasculaire connu, qui comprend une glycémie à jeun, le cholestérol total et les triglycérides, à renouveler tous les 5 ans si aucun nouveau facteur de risque [4].

Le médecin généraliste profite de cette ordonnance pour proposer un dépistage systématique annuel du *Chlamydiae* et du gonocoque, recommandé chez toutes les jeunes filles de 15 à 25 ans [5] et/ou un bilan complet des infections sexuellement transmises en cas de rapport sexuel non protégé chez toutes les femmes qui le souhaitent.

En cas de prescription d'une contraception intra-utérine (DIU-SIU), il peut proposer, selon les cas (dysménorrhées intenses), un AINS ou un antalgique, à prendre une heure avant, pour soulager les contractions utérines parfois douloureuses liées à la pose. Il n'existe pas actuellement de consensus concernant cette antalgie préventive.

Tenir compte de l'efficacité contraceptive

Risques liés à une grossesse non prévue

Aucune contraception n'est efficace à 100 %, même correctement prise, et les risques liés à une grossesse non prévue sont pris en compte lors du choix d'une contraception. Le jeune âge (15 à 25 ans) est associé à une fertilité élevée, il convient de choisir avec la patiente une contraception la plus efficace possible. Certaines femmes sont à risque élevé de complications pour leur santé ou pour la santé de leur fœtus en cas de grossesse (tableau 35.1), ce qui implique également de se centrer sur les contraceptions les plus efficaces dans ces situations.

Indice de Pearl

L'efficacité contraceptive est évaluée par l'indice de Pearl : nombre de grossesses pour 100 femmes ayant correctement utilisé une contraception la première année de prise. Le tableau 35.2 indique l'indice de Pearl des différentes contraceptions.

Les contraceptions considérées comme très efficaces par l'OMS ont un indice de Pearl inférieur à 1 : il s'agit des DIU et SIU (systèmes intra-utérins), de l'implant et de la stérilisation. Les contraceptions hormonales orales ont un indice de Pearl inférieur à 1 en utilisation optimale uniquement — ce qui ne reflète pas la réalité.

Le médecin généraliste tient compte de ces données pour informer la patiente sur ses choix contraceptifs en fonction du risque évalué pour chaque femme.

Tableau 35.1 Maladies pouvant s'accompagner d'un risque pour la mère et/ou l'enfant en cas de grossesse (adapté d'après l'OMS [6]).

- Valvulopathies compliquées
- Accident vasculaire cérébral
- Thrombophilie
- Hypertension artérielle (systolique > 160 mmHg ou diastolique > 100 mmHg)
- Coronaropathie
- Diabète sucré insulinodépendant avec néphropathie, rétinopathie, neuropathie ou autres angiopathies ou présence de la maladie depuis plus de 20 ans
- Cardiomyopathie du péri-partum
- Drépanocytose
- Lupus érythémateux systémique
- Cancer du sein
- Cancer de l'endomètre
- Cancer de l'ovaire
- Maladies trophoblastiques malignes
- Tumeurs hépatiques malignes (hépatomes) et carcinome hépatocellulaire
- Bilharziose avec fibrose hépatique
- Cirrhose hépatique avancée
- VIH/Sida
- Tuberculose
- Épilepsie
- Antécédent de transplantation d'organe au cours des 2 années précédentes
- Antécédent de chirurgie bariatrique au cours des 2 années précédentes
- Traitements avec des médicaments tératogènes

Tableau 35.2 **Probabilité d'une grossesse non planifiée en % au cours de la première année d'utilisation d'une méthode contraceptive (indice de Pearl) (adapté d'après l'OMS) [7].**

Méthode	Indice de Pearl	
	Utilisation en vie réelle	Utilisation optimale
Pas de méthode	85	85
Spermicides	28	18
Méthode du calendrier, température, détection de l'ovulation	2–15	0,4–5*
Coït interrompu	20	4
Préservatifs pour les hommes	13	2
Préservatifs pour les femmes	21	5
Diaphragme	12	6
Contraceptifs oraux	7	0,3
Patch contraceptif	7	0,3
Anneau contraceptif	7	0,3
Injection trimestrielle	3	0,05
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,8	0,6
Système intra-utérin au lévonorgestrel	0,7	0,5
Implant contraceptif	0,05	0,05
Stérilisation tubaire	0,5	0,5
Vasectomie	0,15	0,10

* La sécurité de ces méthodes est uniquement garantie en cas d'abstinence périodique et nécessite une bonne formation et des auto-examens rigoureux. L'utilisation de préservatifs (ou d'autres méthodes) durant la phase fertile du cycle au lieu de l'abstinence diminue la sécurité.

Méthodes contraceptives hormonales

Contraceptions estroprogestatives (EP)

Différents moyens d'administration

- La voie orale : les pilules estroprogestatives.
- La voie transdermique : les patchs estroprogestatifs.
- La voie vaginale : l'anneau intravaginal.

Mode d'action et caractéristiques pharmacologiques

Le mode d'action est de bloquer l'ovulation par inhibition de la LH et FSH. L'endomètre est affiné, ce qui réduit la possibilité d'une nidation, et le progestatif modifie la glaire cervicale, la rendant imperméable aux spermatozoïdes.

Les estroprogestatifs contiennent tous le même estrogène synthétique : l'éthinylestradiol (EE) dosé entre 15 et 40 µg.

Les différents progestatifs associés à l'EE sont des dérivés de la 19-nortestostérone dont il existe quatre générations, dont la première n'est plus commercialisée en France. La deuxième génération est représentée par le lévonorgestrel et le norgestrel et la troisième génération par le désogestrel, le gestodène et le norgestimate. Les autres progestatifs dits de quatrième génération qui ne sont pas dérivés de la 19-nortestostérone sont la drospirénone, l'acétate de chlormadinone et l'acétate de cyprotérone.

Chaque contraceptif EP associe l'EE et un progestatif. Les dosages peuvent être constants (pilules monophasiques) ou variables (pilules biphasiques ou triphasiques).

De nouvelles pilules contiennent un estrogène naturel qui, pour l'instant, n'apporte pas vraiment d'avantage et un contrôle du cycle moins efficace avec des *spottings* fréquents.

Les pilules EP se prennent habituellement 3 semaines sur 4 mais peuvent être prises en continu également en fonction du souhait de la patiente d'obtenir une aménorrhée.

Quel que soit le mode d'administration, les EP ont les mêmes contre-indications.

Les patchs et anneaux contiennent un dosage faible d'EE associé à un progestatif de troisième génération.

Contre-indications

Les contre-indications principales sont liées au risque cardiovasculaire et carcinologique.

Risque thromboembolique veineux ou artériel : une vigilance à chaque prescription ou renouvellement

Les contraceptions estroprogestatives sont associées à un risque accru d'accident thromboembolique artériel ou veineux la première année de prise et particulièrement les 3 premiers mois. Tout facteur de risque thromboembolique personnel ou familial est recherché systématiquement avant la prescription [8] :

- antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle ;
- immobilisation prolongée ;
- obésité ;
- âge supérieur à 35 ans ;
- hypertension artérielle ;
- diabète ;
- migraine avec aura ;
- migraine sans aura et âge > 35 ans ;
- tabagisme et âge > 35 ans ;
- dyslipidémie ;
- thrombophilie biologique connue.

En dehors de tout facteur de risque, la prescription d'une contraception orale n'est pas différée et un contrôle biologique comprenant le dosage du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun est programmé dans les 3 premiers mois de prise puis tous les 5 ans.

En première intention, les EP de première et de deuxième générations sont préférés aux troisième et quatrième générations, qui sont associées à un risque thromboembolique un peu plus élevé, indépendamment de la voie d'administration.

La plus petite dose d'EE est prescrite en première intention, les risques thromboemboliques étant dose-dépendants.

L'incidence des maladies thromboemboliques dépend de l'âge (cf. encadré).

L'incidence des maladies thromboemboliques est égale à 1 à 2 pour 10 000 femmes-années entre 15 et 35 ans, 3 à 8 pour 10 000 femmes-années entre 35 et 44 ans.
En cas d'utilisation d'une pilule faiblement dosée (< 50 µg EE), l'incidence double.
Comparativement, le risque que présentent les femmes saines de développer une MTEV pendant la grossesse ou le post-partum s'élève à 8 à 30 pour 10 000 grossesses [9].

Le risque est accru principalement chez les premières utilisatrices et pendant la première année d'utilisation (particulièrement durant les 3 premiers mois). Au bout de 3 mois après interruption, le risque rejoint le risque de base correspondant à l'âge. Compte tenu de ces informations, les arrêts/reprises intempestifs de la contraception EP sont déconseillés aux femmes.

Chez les femmes **fumeuses**, le risque thromboembolique est particulièrement élevé au-delà de 15 cigarettes par jour et, au-delà de 35 ans, l'utilisation d'une contraception estroprogestative leur est formellement contre-indiquée. Le risque est plus élevé également chez les femmes fumeuses de moins de 35 ans et fait rechercher d'autres facteurs de risque cardiovasculaire. Avant 35 ans et quel que soit le nombre de cigarettes fumées, l'utilisation d'une contraception estroprogestative est possible et discutée en l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire associés. La contraception par progestatifs seuls (voie orale, sous-cutanée ou DIU) peut être utilisée quels que soient l'âge et le nombre de cigarettes consommées. Les patientes fumeuses sont informées sur les dispositifs d'aide au sevrage tabagique [8].

La contraception estroprogestative est contre-indiquée en première intention chez les patientes présentant une HTA (hors HTA gravidique). Il faut relativiser cette contre-indication chez les femmes de moins de 35 ans, traitées et équilibrées, sans complication ni autre facteur de risque cardiovasculaire. La PA peut être surveillée par des automesures tensionnelles. L'utilisation de microprogestatifs est l'alternative hormonale de choix chez les femmes hypertendues. Les DIU, SIU sont également possibles.

Chez les femmes atteintes d'une hyperlipidémie, un taux plasmatique élevé de LDL-cholestérol (> 2,20 g/l en l'absence de facteur de risque associé) ou de triglycérides (> 2,00 g/l) contre-indique la contraception estroprogestative. Le seuil de LDL-cholestérol toléré doit être abaissé de 0,30 g/l pour chaque facteur de risque supplémentaire. Il est possible de proposer une contraception progestative, en optant pour un composé sans activité androgénique significative (exclure le norgestrel, le lévonorgestrel et l'acétate de médroxyprogestérone) [8].

S'il existe un antécédent familial de maladie thromboembolique (apparenté au premier degré), les circonstances de survenue de thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire sont recherchées.

En cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50 à 60 ans), un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) est discuté avant la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative (pilule, patch, anneau).

Contraceptions estroprogestatives et cancers

Toute contraception hormonale ou traitement hormonal est contre-indiquée en cas d'antécédent personnel de cancer hormonodépendant (ovaire, endomètre, sein).

Cependant, le risque de développer un carcinome colorectal, de l'endomètre ou de l'ovaire est réduit chez les utilisatrices de la pilule EP, même après l'arrêt de cette dernière et cet effet protecteur semble persister pendant plus de 30 ans [10]. Il existe un risque faiblement augmenté de cancer du sein et du col utérin, surtout après plus de dix ans d'utilisation mais qui semble réversible 5 ans après l'arrêt de la contraception orale, contrebalancé par la protection contre d'autres cancers [9].

Il faut retenir qu'il n'est pas retrouvé d'augmentation de la mortalité globale (toutes causes confondues y compris par cancer) chez les utilisatrices de contraception hormonale.

En cas de découverte d'un cancer hormonodépendant, la contraception hormonale est arrêtée et une contraception barrière voire un DIU au cuivre sont proposés en tenant compte des risques infectieux liés aux éventuels traitements immunosuppresseurs. Une stérilisation tubaire ou une vasectomie chez le partenaire sont des alternatives.

En pratique, les avantages de la contraception hormonale l'emportent sur les inconvénients. La plupart des femmes qui choisissent d'utiliser des contraceptifs oraux ne s'exposent pas aux faibles risques du cancer du sein et du col à long terme, et de nombreuses femmes bénéficient d'importantes réductions de risque de certains cancers (endomètre, ovaire, colorectal), qui persistent pendant de nombreuses années après l'arrêt.

Contraceptions estroprogestatives utiles comme traitement

Les contraceptions estroprogestatives sont très utiles et particulièrement efficaces dans de nombreuses situations comme le traitement du syndrome des ovaires polykystiques. Dans cette pathologie, la prise d'une pilule EP permet la mise au repos de l'ovaire, la régression des symptômes et permet d'améliorer, dans les premiers mois après l'arrêt de la contraception, les chances de concevoir.

Elles sont également efficaces pour le traitement de l'acné sévère, des dysménorrhées et de l'endométriose.

La contraception EP est le traitement recommandé de première intention de l'endométriose, dès la suspicion. La réduction du flux menstruel permet une diminution des conséquences de l'endométriose au niveau des sites où elle se situe (principalement la cavité abdominale).

Contraceptions progestatives

Différents moyens d'administration

- La voie orale : pilules progestatives (microprogestatives et macroprogestatives).
- La voie sous-cutanée : implants sous-cutanés.
- La voie intra-utérine : les systèmes intra-utérins (SIU).
- La voie intramusculaire : injection de progestatifs à effet retard.

Mode d'action et caractéristiques pharmacologiques

Les contraceptions progestatives agissent principalement sur la diminution de l'épaisseur de la muqueuse endométriale et sur l'épaississement de la glaire cervicale. Elles ont également selon leur pouvoir anti-gonadotrope un effet par blocage total ou partiel de l'ovulation.

Les microprogestatifs oraux contiennent un progestatif de deuxième génération (lévonorgestrel) ou de troisième génération (désogestrel). L'effet anti-gonadotrope est plus important avec le progestatif de troisième génération, ce qui lui procure un meilleur indice de Pearl et la possibilité de prendre le comprimé jusqu'à 12 heures après l'heure de prise habituelle comme les pilules estroprogestatives. Ils doivent tous être pris en continu.

L'implant contraceptif contient de l'étonogestrel et se renouvelle tous les 3 ans en sous-cutané au niveau de la face interne du bras non dominant. Il est radio-opaque. Près de 25 % des femmes présentent des menstruations prolongées ou fréquentes. Aucun lien de causalité n'a pu être mis en évidence entre l'utilisation d'implants progestatifs et l'augmentation des céphalées, les variations de poids, les fluctuations de l'humeur et le manque de libido [2].

Il existe trois systèmes intra-utérins qui contiennent des doses différentes de lévonorgestrel :

- Miréna® : 52 mg à renouveler tous les 5 ans (multipares) ;
- Kyleena® : 19,5 mg à renouveler tous les 5 ans (nullipares) ;
- Jaydess® : 13,5 mg à renouveler tous les 3 ans (nullipares).

Tous les microprogestatifs ont l'avantage de diminuer l'abondance des saignements menstruels voire de provoquer une aménorrhée. Des irrégularités menstruelles sont fréquentes (*spottings*, parfois saignements permanents). Le taux d'oligoménorrhée/aménorrhée dépend de la dose de lévonorgestrel, du flux de règles préexistant et de l'IMC. Ceci est indépendant de chaque contraceptif progestatif, c'est-à-dire qu'une femme qui a des *spottings* sous pilule microprogestative peut être en aménorrhée sous SIU ou sous implant et ceci de manière aléatoire chez une même femme aux différents âges de sa vie. En présence de saignements intercurrents survenant au début de la prise du microprogestatif, l'administration supplémentaire d'un inhibiteur combiné de l'ovulation pendant 3 mois peut être utile [2].

Les macroprogestatifs oraux (acétate de cyprotérone, acétate de chlormadinone, acétate de nomégestrol) n'ont pas d'AMM pour la contraception même s'ils ont un pouvoir anti-gonadotrope. Ils sont utilisés dans l'insuffisance lutéale ou pour traiter des pathologies bénignes de l'endomètre (endométriose, fibromes) ou du sein. Ils augmentent le risque de méningiome et ne sont pas indiqués sur le long terme.

Les injections de progestatif retard permettent une injection unique tous les 3 mois au prix d'effets indésirables (prise de poids, faible augmentation du risque cardiovasculaire, légère diminution de la densité osseuse réversible à l'arrêt) ; ils sont peu utilisés en France. Cependant, ils induisent plus souvent une aménorrhée que l'implant et peuvent être utiles dans le traitement des femmes atteintes de douleurs liées à de l'endométriose. Lors de l'arrêt, il faut parfois un an avant de retrouver des cycles ovulatoires.

Contre-indications

Les microprogestatifs sont contre-indiqués dans les pathologies carcinologiques hormono-dépendantes et en cas de maladie thromboembolique active.

Les microprogestatifs n'augmentent pas le risque cardiovasculaire et peuvent donc être proposés chez les femmes qui présentent des risques cardiovasculaires.

Les microprogestatifs peuvent avoir tendance à favoriser l'acné chez les femmes qui y sont sujettes.

Les SIU sont contre-indiqués en cas de pathologies infectieuses intra-utérines ou malformations utérines.

Les macroprogestatifs sont contre-indiqués en cas d'obésité, d'HTA, d'antécédents ou de facteurs de risque de méningiome, de pathologies cardiovasculaires ou carcinologiques hormono-dépendantes.

Contraceptions intra-utérines non hormonales : DIU (dispositifs intra-utérins au cuivre)

Les DIU au cuivre diffusent dans la cavité utérine et dans la glaire cervicale des ions cuivre qui sont toxiques pour les spermatozoïdes. L'action contraceptive est également liée à la réaction au corps étranger de l'endomètre, qui empêche l'implantation. Avant la pose d'un DIU, l'absence d'une grossesse est vérifiée. Les douleurs survenant parfois après la pose répondent généralement bien aux AINS. Une expulsion du DIU survient dans environ 5 % des cas, le plus souvent durant les 3 premiers mois. Une surveillance manuelle des fils retrouvés dans le fond de la cavité vaginale est conseillée aux patientes. Le fil de cuivre qui est fixé par un nœud au myomètre et la boule de cuivre intra-utérine libre sont plus petits, mais plus souvent expulsés que les DIU en forme de « T » [2].

Ils n'influent en rien le cycle hormonal naturel et ont tendance à allonger d'un jour en moyenne la durée des menstruations naturelles (elles passent de 5 à 6 jours) ; l'abondance peut être augmentée ainsi que les dysménorrhées si elles sont déjà présentes. Une surveillance de l'hémoglobine à la recherche d'une anémie est recommandée en cas de règles abondantes.

Le DIU peut être utilisé comme contraception d'urgence dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé avec une efficacité excellente proche des 100 %.

La présence de *Chlamydiae* et de gonocoque est recherchée avant l'insertion pour éviter le risque d'infection des trompes ou du pelvis.

Comme les SIU, il peut être proposé aux nullipares comme aux multipares. De nombreux DIU de toutes formes et tailles existent sur le marché. Le dosage en cuivre doit être au minimum de 380 mm^2 de surface. C'est une contraception très efficace et peu onéreuse qui convient aux femmes qui ont des menstruations peu douloureuses et peu abondantes en l'absence de pathologie utérine ou d'allergie au cuivre. La plupart des DIU peuvent rester en place au moins 5 ans. Il convient également aux femmes à risque cardiovasculaire et qui sont à risque ou atteintes de maladie carcinologique hormono-dépendante.

Le risque d'une grossesse ectopique est certes plus faible en cas d'utilisation de DIU que sans contraception, mais lorsqu'une grossesse survient en présence d'un DIU, le risque de développement extra-utérin est accru. Dans ce cas, une échographie est rapidement prescrite pour vérifier la localisation de la grossesse.

Première demande chez l'adolescente : prendre son temps

Évaluer la demande

Une première demande de contraception chez l'adolescente nécessite dans un premier temps d'explorer les motifs de cette demande. Un temps sans accompagnant est prévu pour pouvoir poser quelques questions sur l'existence d'une activité sexuelle, du vécu de celle-ci (dépistage des violences), des risques éventuellement pris, de la nécessité de prescrire un bilan d'IST, une pilule d'urgence, de discuter de l'utilisation des préservatifs, d'explorer le tabagisme et d'informer sur les IST en lui remettant quelques documents écrits qu'elle pourra relire au calme en rentrant chez elle. La demande n'est parfois pas liée à un risque de grossesse mais plutôt à des dysménorrhées avec l'objectif de soulager ces douleurs. L'abondance des menstruations et le moment d'apparition des douleurs sont évalués afin d'explorer une possible endométriose débutante, une anémie associée ou une dysménorrhée physiologique relativement fréquente chez l'adolescente.

Choix de la contraception chez l'adolescente

Dans le cas d'une demande de traitement de dysménorrhée

Dans le cas d'un traitement de dysménorrhée chez une adolescente non sexuellement active et en cas d'échec des traitements antalgiques (AINS) une contraception orale combinée est proposée (en excluant les facteurs de risque thromboembolique). On commence par une pilule estroprogestative de première génération réévaluée à 3 mois. Les pilules combinées sont généralement efficaces sur les douleurs menstruelles ; elles peuvent également être prises en continu (pour les contraceptions orales monophasiques) jusqu'à l'arrivée d'un *spotting* qui nécessite le déclenchement d'une hémorragie de privation par l'arrêt de quelques jours de pilule. En cas de risque thromboembolique, le médecin généraliste pourra proposer une contraception orale microprogestative en continu.

Dans le cas d'une demande de contraception

Si l'adolescente n'est pas encore sexuellement active, la contraception orale est proposée en première intention ; l'implant est une alternative.

Si l'adolescente est sexuellement active, elle est informée des différentes méthodes contraceptives possibles en insistant sur l'efficacité de chacune d'entre elles (contraceptions orales, intra-utérines, implants contraceptifs). Un temps est dédié pour l'informer de l'importance de l'utilisation concomitante du préservatif comme protection vis-à-vis des IST et aussi comme double protection vis-à-vis d'une grossesse en cas d'oubli de la contraception orale. Une pilule d'urgence est associée à la prescription avec les explications liées à la prise (rapport sexuel non protégé dans les 5 jours qui précèdent l'oubli de pilule). Le préservatif à lui seul ne présente pas un indice de Pearl suffisant à cet âge pour être considéré comme une contraception efficace.

Au cours de cette première consultation, le médecin généraliste discute de la notion de consentement lors des rapports sexuels et rassure sur les principes du secret médical et de la possibilité de consulter seule en cas de problème de tout genre concernant la sexualité ou la contraception. Le médecin généraliste utilise des termes bienveillants permettant à la patiente de se sentir non jugée sur son identité sexuelle quelle qu'elle soit.

Enfin, un dépistage annuel des IST et du *Chlamydiae* en particulier est recommandé par la HAS de 15 à 25 ans [5].

Contraception en post-partum et post-abortum : anticiper

Les hormones de grossesse responsables du risque supplémentaire thromboembolique diminuent après l'accouchement. Au bout d'environ 6 semaines, une pilule estroprogestative peut être débutée sans risque accru d'accident thromboembolique.

En cas d'allaitement maternel, une pilule microprogestative est préférable jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Elle est débutée 4 à 6 semaines après l'accouchement. L'ovulation ne peut reprendre qu'après 3 semaines en post-partum. Un DIU au cuivre, un SIU au lévonorgestrel ou un implant peuvent également être posés à 6 semaines du post-partum en fonction du souhait de la patiente. En cas de reprise des rapports sexuels avant 4 semaines, l'utilisation du préservatif est conseillée pour éviter les risques infectieux.

Les événements survenus pendant la grossesse (diabète gestationnel, hypertension gravidique ou phlébite) sont pris en compte dans le choix contraceptif laissé à la patiente.

Après une IVG, une contraception EP orale ou toute autre contraception en fonction du choix de la patiente peut commencer dès le jour de l'expulsion. Lors de la première consultation, ce sujet est déjà abordé. Un DIU, un implant ou un SIU peuvent, selon le souhait de la patiente, être posés directement en cas d'IVG chirurgicale, en profitant de l'anesthésie. Un temps est pris pour discuter des efficacités contraceptives et informer sur toutes les contraceptions, les effets indésirables possibles, les durées d'action, l'utilisation de la pilule d'urgence pour améliorer l'observance [11].

Contraception chez la femme en situation d'obésité ou de diabète : de la prudence

Femmes en situation d'obésité

Chez les femmes atteintes d'obésité (IMC $\geq$ 30 kg/m^2) de moins de 35 ans sans facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire associé, les avantages des méthodes contraceptives EP l'emportent sur les risques.

Les contraceptions progestatives dans leur ensemble n'ont pas de restriction d'utilisation.

Seule la contraception progestative injectable est contre-indiquée.

Les contraceptifs oraux sont évités après une chirurgie bariatrique entraînant une malabsorption (*by-pass* ou dérivation bilio-pancréatique). Les contraceptions hormonales combinées en patch ou anneau vaginal, les implants progestatifs et les DIU sont favorisés et proposés aux femmes [8].

Femmes atteintes de diabète

Antécédent de diabète gestationnel

Toutes les contraceptions hormonales peuvent être proposées en cas d'antécédent de diabète gestationnel en l'absence de facteur de risque vasculaire veineux ou artériel.

Diabète de type 1

Chez une patiente atteinte d'un diabète de type 1, une contraception estroprogestative peut être proposée s'il n'existe aucun facteur de risque vasculaire ni aucune complication macro- ou microangiopathique. L'utilisation d'une contraception microprogestative ou la mise en place d'un DIU ou SIU sont proposées en cas de complication avérée (néphropathie ou insuffisance rénale, rétinopathie évoluée, pathologie cardiovasculaire ou neuropathie).

Diabète de type 2

Chez une patiente atteinte de diabète de type 2, la prescription d'une contraception estroprogestative est soumise à certaines conditions : absence d'obésité (IMC < 30 kg/m^2), de facteur de risque cardiovasculaire associé et de complication micro- ou macroangiopathique.

En dehors de ces conditions, si une contraception hormonale est envisagée, les microprogestatifs seuls peuvent être envisagés (pilule, DIU, SIU, implant).

Dans tous les cas de diabète, le progestatif injectable est contre-indiqué [8].

Contraception chez la femme de plus de 40 ans

Les femmes de l'âge de 40 ans à l'âge de la ménopause représentent un groupe à risque particulier, car la baisse de fertilité ne les protège pas d'une grossesse non prévue.

Des données de 2019 issues des Pays-Bas et de Grande-Bretagne montrent que le taux d'interruptions de grossesse dans cette tranche d'âge est trois à quatre fois plus élevé que chez les femmes entre 31 et 35 ans [2].

Les femmes en période de péri-ménopause sont informées du risque et la possibilité est envisagée avec elles d'utiliser des contraceptions progestatives, SIU ou DIU au cuivre. Avec leur consentement et en l'absence de risques supplémentaires (tabagisme, obésité, comorbidités cardiovasculaires), les contraceptifs oraux combinés peuvent continuer d'être prescrits.

Jusqu'à 50 ans, aucune contraception n'est contre-indiquée par l'âge seul.

Le choix du contraceptif est adapté à chaque patiente, en évaluant les facteurs de risque et en favorisant les éventuels avantages non contraceptifs de la méthode. Les modifications physiologiques de cette période de transition (hyperménorrhées, oligoménorrhées) peuvent être améliorées sous microprogestatifs. Les contraceptions à longue durée (stérilet en cuivre, SIU ou implant) ont l'avantage d'être très efficaces.

Contraceptions définitives : stérilisations

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 précise que la stérilisation ne peut être pratiquée que sur une personne majeure. La loi ne prévoit pas de condition d'âge, de nombre d'enfants ou de statut marital. Ces méthodes chirurgicales, qu'il s'agisse de la vasectomie chez l'homme ou la stérilisation tubaire chez la femme, sont considérées comme irréversibles et justifient pour cela un délai de réflexion obligatoire de 4 mois à partir de la première demande. Le médecin s'assure que la décision est « libre, motivée et délibérée », évoque le risque de regret, informe sur les différentes possibilités contraceptives alternatives et remet un document d'information écrit (livret du ministère de la Santé sur la stérilisation à visée contraceptive) ainsi qu'une attestation de consultation lors de la première demande. La décision est confirmée par écrit par la personne avant l'intervention. Le choix de ces méthodes définitives revient à la personne sur laquelle le geste chirurgical est effectué. Le médecin informe sur les différentes techniques chirurgicales possibles et oriente le patient ou la patiente vers un médecin qui pratique ces actes chirurgicaux.

Vasectomie

Elle n'a pas d'impact sur l'apparence physique, ne modifie pas le désir, l'érection, l'éjaculation ou le plaisir sexuel. Une contraception est utilisée durant les 2 à 4 mois qui suivent la vasectomie jusqu'à l'obtention d'une azoospermie contrôlée par un spermogramme. La vasectomie se réalise le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie locale.

Stérilisation tubaire

Elle nécessite une hospitalisation de 1 à 3 jours et le plus souvent une anesthésie générale. Plusieurs méthodes sont disponibles : la ligature des trompes, l'électrocoagulation, la pose d'anneaux ou de clips. L'efficacité contraceptive est immédiate. Ces interventions n'ont pas d'impact sur l'équilibre hormonal, la présence de règles, le désir et le plaisir sexuel.

Contraceptions à risque d'échecs plus élevé

Certaines contraceptions barrières comme la cape cervicale ou le diaphragme doivent être associées à des spermicides pour augmenter leur efficacité et nécessitent une formation au préalable pour être correctement utilisées. La taille du diaphragme ou de la cape doit être prescrite par un médecin.

Les méthodes naturelles (retrait, abstinence périodique, auto-observation de la glaire cervicale) ont globalement un

risque d'échec élevé et doivent être évitées en période de péri-ménopause et à l'adolescence — les cycles pouvant être trop irréguliers.

Ces méthodes requièrent une bonne connaissance du cycle menstruel, nécessitent que les règles soient régulières et que la femme ou le couple soient motivés et formés à la méthode pour obtenir un taux d'efficacité acceptable.

Conclusion

Dans la pratique, les avantages et inconvénients de toutes les méthodes contraceptives sont soupesés avec la femme en prenant en compte les maladies concomitantes, le mode de vie et les préférences.

Références

[1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Études et résultats. Paris: DRESS ; 2019.

[2] Moffat R, Sartorius G, Raggi A, Draths R, Bitzer J. Consultation de contraception basée sur l'évidence. Forum Méd Suisse 2019 ;19(1718):286–91.

[3] Haute Autorité de santé. Focus sur les 5 familles contraceptives disponibles. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2020. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[4] Haute Autorité de santé. Contraception : de la consultation dédiée au suivi. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2020. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[5] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2018. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[6] Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. [En ligne]. Genève: WHO, World Health Organization ; 2015. Disponible sur : http://www.who.int/.

[7] Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Genève: WHO, World Health Organization ; 2017. Disponible sur : http://www.who.int/.

[8] Haute Autorité de santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr.

[9] Merki-Feld G, Bitzer J, Seydoux J, Birkhäuser M. Avis d'experts concernant le risque thromboembolique sous contraception hormonale. Forum Méd Suisse. [En ligne] 2014 ;14(1617). Disponible sur: https://doi.emh.ch/fms.2014.01852.

[10] Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. Am J Obstet Gynecol 2017 ;216(6):580.e1–9.

[11] Haute Autorité de santé. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr.

Chapitre 36

La femme enceinte en consultation de médecine générale

Sabrina Paradis, Yhan Monney

PLAN DU CHAPITRE

Place de la consultation préconceptionnelle . . 355
Guide pratique de la réalisation de la consultation préconceptionnelle 355
Guide pratique du suivi de grossesse 357
Motifs de consultation les plus fréquents de la patiente enceinte 362

La place du médecin généraliste au sein de la famille l'amène parfois à suivre un enfant avant sa conception, au cours de la consultation préconceptionnelle, puis tout le long de la grossesse de la future maman. La grossesse est souvent un bouleversement dans la vie d'une femme et dans la vie du couple. C'est une période de transformation physique, psychologique, sociale et familiale. La consultation est une étape clé pour permettre la mise en place de comportement de santé. Ce chapitre a pour but de donner des clés pour aider au mieux les couples à prendre soin de leur santé et de celle de leur(s) futur(s) enfant(s).

Place de la consultation préconceptionnelle

Les soins préconceptionnels, c'est-à-dire les soins dispensés avant la conception, ainsi que les consultations de suivi de grossesse permettent d'améliorer les comportements de santé et de mener des actions de prévention [1–4]. La HAS recommande depuis septembre 2009 de réaliser une consultation préconceptionnelle avant de démarrer une grossesse pour prévenir les complications périnatales et favoriser le bon déroulement de la grossesse.

Cependant, ces soins préconceptionnels sont peu déployés en France [5].

Les futurs parents, de plus en plus dépourvus d'informations intergénérationnelles du fait des mutations sociétales, ressentent le besoin d'être guidés et accompagnés.

Guide pratique de la réalisation de la consultation préconceptionnelle

Recueil des informations médicales

Les informations sur les facteurs de risque « non modifiables » (âge, antécédents familiaux, antécédents personnels médicaux, chirurgicaux et obstétricaux) et « modifiables » (poids, facteurs de risque individuels et sociaux, situation de vulnérabilité, risques professionnels, consommation de toxiques.) sont recherchées. La question des violences est à explorer avec tact et empathie, si possible par l'intermédiaire de question d'ouverture (« *Avez-vous déjà subi des violences au cours de votre vie ?* »). La HAS recommande un dépistage systématique de ces violences en posant directement la question aux patients.

La gestité et la parité sont notées dans le dossier.

Un conseil génétique préconceptionnel peut être nécessaire dans certaines situations (maladie héréditaire ou malformation).

Prescription d'examens biologiques

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles via une sérologie des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 1 et 2, une sérologie du virus de l'hépatite B (anticorps anti-HBs chez les femmes vaccinées et antigène HBs chez les autres) et de l'hépatite C ainsi que la recherche de TPHA pour rechercher la syphilis est recommandé — le dépistage VIH est proposé. Les statuts sérologiques vis-à-vis

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

de la toxoplasmose (recherche IgG et IgM, immunisée si IgG positif) et de la rubéole sont vérifiés en l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise (décret n° 92-143 du 14 février 1992). Si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin à jour avec deux déterminations, elle est à réaliser (groupe A, B O, phénotypes rhésus complet et Kell). En cas de rhésus négatif, il est proposé d'informer la femme de l'intérêt de la détermination du groupe sanguin du futur père. Si ce dernier est rhésus positif, un génotypage du rhésus fœtal est prescrit à partir de 11 SA.

La vaccination

C'est un acte de prévention majeur. Il faut vérifier la vaccination du couple.

Rubéole

Vacciner les femmes dont la sérologie est négative à l'exception de celles ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie. En raison du risque tératogène, il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les 2 mois qui suivent la vaccination.

Varicelle

Vacciner les femmes en âge de procréer sans antécédent clinique de varicelle — en cas de doute, un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué —, notamment pour celles qui ont un projet de grossesse. La vaccination est possible si le test de grossesse est négatif et, selon les données de l'AMM, une contraception efficace de 3 mois est recommandée après chaque dose de vaccin.

Grippe

En période épidémique, un vaccin antigrippal est conseillé à tout moment de la grossesse.

Coqueluche

La vaccination de la coqueluche repose sur la politique du cocooning. La coqueluche est une pathologie gravissime chez les nouveau-nés, transmise essentiellement par l'entourage. La politique consiste à vacciner l'entourage avant la première vaccination de l'enfant à 8 semaines, c'est-à-dire tous les adultes ayant un projet de grossesse, les adultes à l'occasion du rappel des 25 ans sauf si le vaccin de la coqueluche a été fait dans les 5 ans précédents, la fratrie de l'enfant, ainsi que tous les adultes en charge du nourrisson dans les 6 premiers mois (grands-parents, assistantes maternelles). Le vaccin anti-coqueluche n'existe pas de manière monovalente, il est donc couplé : dTP-coqueluche.

COVID-19

La HAS considère les femmes enceintes comme appartenant aux groupes à risque de forme grave de COVID-19. En mars 2021, une méta-analyse incluant 42 études rassemblant 438 548 patientes enceintes retrouve une augmentation des prééclampsies (OR 1,33, IC95 % = [1,03 ; 1,73]), de nouveau-nés prématurés (OR 1,82, IC95 % = [1,38 ; 2,39]) et des morts in utero (OR 2,11, IC95 % = [1,14 ; 3,90]) en cas de COVID-19 [6]. Le risque de survenue de forme sévère de COVID-19 est accru au troisième trimestre de grossesse ou en cas de comorbidité (surpoids, HTA…). Depuis juillet 2021, les femmes enceintes sont encouragées à se faire vacciner quel que soit le terme de la grossesse.

Examen clinique

Il est orienté. La patiente est pesée et mesurée puis son IMC est calculé. La prise des constantes hémodynamiques avec mesure de la pression artérielle est importante. Un examen gynécologique peut être nécessaire si la patiente n'est pas à jour dans son suivi, avec la réalisation d'un frottis cervico-utérin avec analyse cytologique avant 30 ans et biologie moléculaire avec recherche HPV après 30 ans selon les recommandations en vigueur. La HAS recommande également un examen mammaire.

Supplémentation vitaminique

Depuis les années 1980, de nombreuses études ont prouvé l'intérêt de la prise d'acide folique en période préconceptionnelle et au début de la grossesse pour prévenir les anomalies de fermetures du tube neural. En 2001, une méta-analyse Cochrane montre que la supplémentation en acide folique réduit l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural (RR 0,28, IC95 % = [0,18 ; 0,58]) [7]. D'après cette méta-analyse, l'apport multivitaminique n'apporte rien de plus que l'acide folique seul. Dès que le désir de grossesse est connu, une supplémentation en acide folique (0,4 mg par jour en l'absence de de facteur de risque, 5 mg par jour si obésité ou antécédent d'anomalie de fermeture du tube neurale ou diabète ou traitement antiépileptique) est prescrite. Cette supplémentation est optimale si elle est débutée 4 semaines avant la grossesse et poursuivie jusqu'à 12 SA.

Médecine préventive

Le concept de l'origine développementale de la santé et des maladies (DOHaD, *Developmental Origins of Health and Disease*) permet une nouvelle approche autour de la médecine préventive. La place de l'environnement global (biologique, social ou encore familial) peut induire des modifications épigénétiques mises en mémoire tout le long de la vie d'un individu avec plus ou moins d'effets délétères pour la santé. La période préconceptionnelle est cruciale. Les gamètes portent des marques épigénétiques du style de vie des parents, qui sera transmis au bébé. Les marques épigénétiques sont particulièrement sensibles au moment où le développement, la différenciation cellulaire, l'organogenèse et la maturation fonctionnelle interviennent. Pour résumer, cette période est définie comme une période de vulnérabilité, car l'épigénome module le génome de l'individu en fonction de son environnement. Ces trajectoires déterminent ensuite l'hypothèse que les maladies chroniques de l'adulte ont, au moins partiellement, une origine précoce [8, 9].

Place de l'alimentation et de l'activité physique

Une alimentation variée, le plus possible non transformée et riche en produits frais (fruits, légumes, produits laitiers)

est nécessaire pour couvrir les besoins nutritionnels de la maman et du futur enfant. En période préconceptionnelle, une très grande importance est accordée à la normalisation autant que possible du poids, sans régimes restrictifs. Un rééquilibrage alimentaire est souvent nécessaire. Une activité physique adaptée pour la future maman mais également pour le futur papa est conseillée. Une sous-nutrition, une obésité ou encore une carence en vitamines B peuvent avoir un impact sur la fertilité, le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir [10, 11].

Lutte contre l'exposition aux toxiques

Les polluants environnementaux sont définis comme des facteurs pathogènes externes à l'individu (radiations ionisantes, substances chimiques, risques individuels : tabac, alcool…) par opposition aux facteurs internes (génétique, psychosomatique, etc.). Les sources d'exposition sont multiples : abus de substances, air intérieur comme extérieur, eau, alimentation, produits et objets du quotidien, sans oublier l'exposition professionnelle. Le professionnel de santé sensibilise à la santé environnementale sans culpabiliser. Selon l'OMS (1994) : « *La santé environnementale recouvre les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement (…) Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures.* » La première étape consiste à évaluer avec le couple le niveau d'exposition puis de tenter de modifier les comportements par un entretien motivationnel. Dans la majorité des cas, durant cette période, les parents sont réceptifs aux changements. Des supports d'informations écrits sont appréciables.

Bien-être psychologique et social

La recherche de facteurs de stress et de troubles du sommeil est importante. Les violences sexuelles, physiques ou psychologiques anciennes ou actuelles sont recherchées. Une notion de mutilation génitale nécessite une prise en charge spécialisée. L'environnement socio-économique du couple ou de la future mère est évalué, car il constitue un déterminant clé dans le développement futur de l'enfant [12]. L'évaluation de la précarité peut être réalisée à l'aide du score EPICES (cf. chapitre 46) [13].

Guidance parentale

Renforcer les capacités parentales avant même que l'enfant soit conçu est un élément primordial. L'enfant a besoin d'un environnement favorable pour se développer correctement. Son immaturité au début de la vie le rend totalement dépendant des capacités des adultes qui l'entourent. La sécurité somatique, émotionnelle et psychologique de la femme enceinte et de son futur enfant est une responsabilité individuelle et également collective. La période entourant la grossesse et le post-partum est une période de fragilité. Anticiper les difficultés, écouter, informer, guider les futurs parents sur les besoins développementaux du futur enfant permet de réduire cette fragilité.

Guide pratique du suivi de grossesse

Le suivi d'une grossesse dite « normale » peut être réalisé par un médecin généraliste, un médecin gynécologue ou une sage-femme à la convenance des parents. Une majorité des grossesses sont considérées comme « normales » ou encore « physiologiques », c'est-à-dire sans risque de complication maternofœtale. D'après les recommandations de l'HAS, une évaluation du risque est nécessaire si possible en préconceptionnel ou en début de grossesse pour adapter le suivi.

Découverte de la grossesse

La patiente consulte souvent suite à un retard dans ses menstruations. L'association à l'interrogatoire de plusieurs signes dont des signes sympathiques de grossesse : tension mammaire, nausées matinales, vomissement, pollakiurie, asthénie, et l'impression d'être enceinte et l'absence de contraception renforcent la probabilité diagnostique. Cependant, aucun de ces éléments n'est suffisant pour affirmer avec certitude un état de grossesse. À l'examen clinique, de même, aucun signe n'est suffisamment discriminant pour affirmer (par sa présence) ou infirmer (par son absence) une grossesse. Une augmentation du volume des seins ou une augmentation du volume de l'utérus (perceptible selon le terme de la grossesse) peuvent être retrouvées. Le « signe de Chadwick », peu connu, semble avoir une bonne valeur discriminante pour le diagnostic de grossesse. Il consiste en la visualisation d'une coloration bleutée du col de l'utérus, des parois vaginales et de la muqueuse vulvaire. Ce signe doit cependant être considéré avec précaution et proposé à la patiente dans le respect de sa pudeur [14]. En pratique, l'examen gynécologique n'est pas indispensable, surtout lors d'une grossesse très précoce, pour établir le diagnostic de grossesse en l'absence de signes d'appel de complications.

Prescrire les examens adaptés à la confirmation d'une grossesse et à la datation du début de grossesse

Affirmer le diagnostic de grossesse : le rôle du dosage de β-hCG qualitatif

Il est prudent de considérer, notamment pour éviter tout effet tératogène d'une éventuelle prescription, qu'une femme en âge de procréer n'ayant pas de contraception, présentant un retard de règles et des signes sympathiques de grossesse est enceinte jusqu'à preuve du contraire. La confirmation du diagnostic sera apportée par le dosage, urinaire ou sanguin, de la sous-unité bêta de la gonadotrophine chorionique humaine (β-hCG). Chez une patiente n'étant pas enceinte, son taux est nul. Chez une patiente enceinte, son taux dépend du terme de la grossesse. Il est positif lorsqu'il est supérieur à 5 UI/l (seuil de détection). S'agissant du diagnostic de grossesse (binaire, c'est-à-dire : « oui »/« non »), son dosage qualitatif (c'est-à-dire avec réponse binaire positif versus négatif) est souvent suffisant. Le dosage quantitatif et répété est surtout utile pour vérifier l'évolutivité de la grossesse quand c'est nécessaire [15].

Dater la grossesse

Une fois le diagnostic de grossesse établi, la date du début de la grossesse est à préciser, afin de planifier la suite du suivi médical de la femme enceinte et l'informer sur le « calendrier de sa grossesse », de faire la déclaration obligatoire de la grossesse aux organismes sociaux, de calculer du début du congé prénatal et d'avoir un repère précis pour suivre médicalement la femme enceinte et de pouvoir diagnostiquer certaines complications, dont le retard de croissance intra-utérin, la macrosomie fœtale, la prématurité ou le dépassement de terme.

La datation de la grossesse est exprimée en semaines d'aménorrhée (SA) : il s'agit du nombre de semaines écoulées depuis le premier jour des dernières règles. Compte tenu de la physiologie du cycle de la femme, lorsque les cycles sont réguliers (tous les 28 jours en moyenne), le début de grossesse est estimé à 14 jours après le premier jour des dernières règles (correspondant au moment théorique de l'ovulation).

La datation échographique de la grossesse, moyen le plus fiable pour dater une grossesse, est possible avant 14 SA. La datation s'effectue à l'échographie par mesure de la longueur craniocaudale (LCC) de l'embryon : elle estime l'âge gestationnel à ± 3 jours. En l'absence de signes d'appel, la première échographie est réalisée entre 11 SA et 13 SA + 6 jours. Devant un doute sur la localisation (facteurs de risque de grossesse extra-utérine), sur la vitalité, sur la datation (date des dernières règles incertaine ou cycles irréguliers), devant des métrorragies, des douleurs pelviennes latéralisées, un doute de la grossesse, une échographie de datation précoce est légitime.

L'échographie de datation détermine la date de début de grossesse, quel que soit l'écart par rapport à la date estimée d'après la date des dernières règles.

Modifications physiologiques induites par la grossesse

Les femmes enceintes subissent tout au long de leur grossesse des changements anatomiques et physiologiques avec adaptation au fœtus et préparation à l'accouchement. Pour la plupart des femmes (grossesse sans complications), ces changements auront un minimum d'effets résiduels. Il est important de connaître les changements physiologiques (normaux) qui surviennent chez la femme enceinte, afin de les différencier des complications de la grossesse.

Évolution du poids

La prise de poids de femmes enceintes ayant un IMC de début de grossesse de 18,5 à 24,9 kg/m^2 est en moyenne de 11,5 à 16 kg. Elle est plus importante chez les patientes maigres (12,5 à 18 kg), et moins importante chez les patientes en surpoids ou obèses (7 à 11,5 kg). Une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée permettent de prévenir une prise de poids excessive pendant la grossesse [16].

Changements hématologiques

Le volume plasmatique augmente progressivement au cours de la grossesse. Cet accroissement volumique est proportionnel au poids de naissance de l'enfant à naître. L'expansion volumique étant supérieure à l'accroissement de la masse des globules rouges, une chute du taux d'hémoglobine, de l'hématocrite et du nombre de globules rouges est observée par hémodilution. Une anémie pendant la grossesse est définie par un taux d'hémoglobine (Hb) inférieur à 11 g/dl. Les besoins en fer, en folates et en vitamine B12 augmentent de façon physiologique chez la femme enceinte.

Le taux de plaquettes chute lui aussi progressivement au cours de la grossesse normale, bien qu'il reste dans les limites de la normale. En pratique, la thrombocytopénie chez une femme enceinte est définie par un nombre de plaquettes inférieur à 100 Giga/l.

Des changements dans le système de coagulation induisent un état physiologique d'hypercoagulabilité. Les femmes enceintes et en post-partum ont donc un risque thromboembolique plus important, du premier trimestre jusqu'à au moins 12 semaines après l'accouchement.

Modifications cardiovasculaires

Les changements dans le système cardiovasculaire pendant la grossesse commencent très tôt dans la grossesse et sont marqués par une augmentation du débit cardiaque, associé à une vasodilatation périphérique. La pression artérielle diminue au premier et au deuxième trimestres et retourne aux mêmes niveaux que chez la femme non enceinte au dernier trimestre.

À l'examen clinique, ces changements cardiovasculaires induisent de façon physiologique chez plus de 90 % des femmes enceintes un pouls filant ou pulsant et un murmure d'éjection systolique. La stase et la dilatation veineuses sont par ailleurs augmentées, surtout au niveau du membre inférieur gauche, du fait de la position anatomique de la veine iliaque gauche qui croise l'artère iliaque gauche et l'artère ovarienne.

Changements rénaux

Le flux sanguin rénal est augmenté chez la femme enceinte, tout comme le débit de filtration glomérulaire. Les taux d'urée et de créatinine plasmatiques sont diminués chez la femme enceinte. Du fait de l'augmentation du débit de filtration glomérulaire, la glycosurie et la protéinurie augmentent. La stase urinaire induite par la dilatation physiologique des voies urinaires pendant la grossesse expose les femmes enceintes ayant une bactériurie asymptomatique aux pyélonéphrites.

Changements du métabolisme de l'eau

L'hypotension artérielle chez la femme enceinte induit une stimulation des barorécepteurs et active le système rénine-angiotensine et le système nerveux sympathique. Ces changements induisent une rétention d'eau et de sodium au niveau du rein.

Changements respiratoires

L'augmentation de la demande en oxygène est physiologique pendant la grossesse. La fréquence respiratoire augmente de 40 à 50 %. L'élévation diaphragmatique en fin de grossesse diminue la capacité résiduelle fonctionnelle qui augmente

le volume inspiratoire. Le débit expiratoire de pointe et le VEMS ne sont pas modifiés par la grossesse. La grossesse est souvent accompagnée d'un sentiment subjectif de « manquer d'air » sans réelle hypoxie.

Changements digestifs

Le mécanisme des vomissements de début de grossesse n'est pas clairement établi. Il a cependant été observé une corrélation entre un taux élevé d'hCG (comme dans les grossesses gémellaires) et les vomissements du premier trimestre. La pression intragastrique est augmentée par l'augmentation du volume de l'utérus. La pression du sphincter de l'œsophage diminue, augmentant le risque de reflux gastro-œsophagien (RGO).

Changements endocriniens

En début de grossesse, les taux de T3 et T4 sont augmentés, avec pour conséquence une diminution de la TSH. Cela s'inverse en fin de grossesse. Il existe une carence relative en iode chez la femme enceinte. En cas de présence d'un goitre, celui-ci doit systématiquement être investigué.

Il existe un hypercorticisme physiologique chez la femme enceinte ayant pour conséquence un risque augmenté de vergetures, d'HTA et d'intolérance au glucose.

En début de grossesse, il existe une augmentation de la sécrétion d'insuline, induisant une sensibilité augmentée à celle-ci puis une résistance relative en fin de grossesse, pouvant entraîner l'apparition d'un diabète gestationnel.

La production d'ocytocine par le lobe postérieur de l'hypophyse est augmentée et maximale en fin de grossesse, afin de favoriser la mise en route de l'allaitement maternel.

Suivi de la femme enceinte

L'agenda global de la grossesse : planifier le suivi et informer les patientes

Une information compréhensible et personnalisée sur le calendrier de la grossesse, les mesures préventives à prendre, l'offre de soins pour le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement et la période postnatale est donnée à la patiente et au couple dès le début de la grossesse [17]. Il est important dès ce stade d'évaluer la situation globale médico-psycho-sociale de la patiente pour déterminer le niveau de risque de la grossesse et l'orienter de façon adéquate. En l'absence de ces facteurs de risque, le suivi de la femme enceinte est réalisé jusqu'au 7e mois au choix par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue (médical ou obstétricien). En présence de facteurs de risque de grossesse compliquée, les femmes sont orientées vers un obstétricien pour avis ou prise en charge spécialisée selon le niveau de risque. À partir du 8e mois de grossesse, le suivi de grossesse est assuré auprès de la maternité qui sera en charge de l'accouchement.

Le suivi de la grossesse est très codifié, tant au niveau des examens cliniques, des examens complémentaires et des différents temps de préparation à la naissance. Il comporte :

- sept consultations obligatoires (remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie) ;
- un examen bucco-dentaire à partir du 4e mois ;
- trois échographies obstétricales à proposer systématiquement ;
- un entretien prénatal précoce au 4e mois à proposer systématiquement ;
- des séances de préparation à la naissance et à la parentalité à proposer systématiquement ;
- des examens biologiques obligatoires, proposés systématiquement ou proposés selon le profil de la patiente, selon les différents temps du suivi.

Première consultation

Il est recommandé que la première consultation ait lieu avant 10 SA. Cette consultation permet d'apporter les diverses informations à la patiente et au couple de manière progressive et répétée, et de favoriser une meilleure compréhension et une participation active de la patiente et du couple dans le suivi de la grossesse. L'entretien doit reprendre les principaux éléments de la consultation préconceptionnelle.

- Le toucher vaginal ne fait pas partie des examens recommandés de manière systématique, tout comme l'examen au spéculum en l'absence de nécessité de réaliser un frottis cervico-utérin. Ces examens sont réalisés sur signe d'appel.
- La consultation est l'occasion d'un éventuel dépistage d'infections urinaires asymptomatiques selon les facteurs de risque et les antécédents (bandelette urinaire ± ECBU).
- Pendant cet entretien, le médecin délivre une information adaptée à chaque patiente, sur :
  - le déroulement global de la grossesse, l'accouchement et la naissance, le calendrier des consultations prénatales, l'adaptation possible des conditions de travail, la durée du congé maternité, les droits sociaux liés à la grossesse, l'allaitement maternel ;
  - les risques liés aux consommations/expositions aux divers toxiques de chaque patiente, dont :
    - l'alcool : risque de syndrome d'alcoolisation fœtale ; le seuil de toxicité étant inconnu, l'absence complète de consommation est recommandée (tolérance zéro) ;
    - le tabac : augmente le risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine et de morbidité et mortalité périnatales. Arrêter la consommation de tabac à n'importe quel moment de la grossesse conduit à des bénéfices pour la mère et l'enfant, d'autant plus importants que l'arrêt est précoce ;
  - les mesures d'hygiène de prévention, en particulier :
    - contre la listériose : éviter les fromages au lait cru et charcuteries artisanales ;
    - contre la toxoplasmose (en cas de non-immunisation) : laver les fruits et légumes ou les peler ou les faire cuire, manger de la viande bien cuite, éviter le contact direct avec la terre, les chats et la litière de chat ;
    - contre le CMV : lavage des mains après avoir changé les couches, nourri, baigné, mouché son enfant, nettoyage des jouets, éviter de partager des couverts et des verres et d'utiliser du linge de bain des enfants, ou d'embrasser un jeune enfant sur la bouche [18] ;
- Dans le cadre de la prévention des anomalies de fermeture du tube neural : un traitement par acide folique

(0,4 mg par jour) jusqu'à 8 SA (à commencer si possible au moins 1 mois avant la conception).

- **Les examens obligatoires** :
  - groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell), recherche d'agglutinines irrégulières ;
  - sérologies toxoplasmose, rubéole et syphilis, recherche de l'antigène HBs ;
  - glycosurie et protéinurie.
- **Les examens proposés systématiquement** :
  - sérologie VIH 1 et 2 ;
  - dépistage combiné du premier trimestre de la trisomie 21 (cf. encadré) : information claire et appropriée et respect du choix de la patiente. Il existe des documents d'aide à l'explication pour le médecin et à la décision pour le couple [19].
- **Les examens proposés selon les patientes** :
  - ECBU : si antécédent d'infection urinaire, diabète ou bandelette urinaire positive ;
  - glycémie à jeun : si facteurs de risque de diabète gestationnel (âge maternel ≥ 35 ans, IMC ≥ 25, antécédents familiaux de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou macrosomie) ;
  - hémogramme : si facteurs de risque d'anémie.

Trisomie 21

La trisomie 21 est observée en moyenne lors de 27 grossesses sur 10 000 et sa fréquence augmente avec l'âge maternel. L'objectif du dépistage prénatal de la trisomie 21 est de donner aux femmes enceintes ou aux couples le souhaitant une information sur le niveau de risque du fœtus, afin de leur permettre de décider librement, après une information objective et éclairée, de la poursuite ou non de leur grossesse en cas de diagnostic positif de trisomie 21. Le dépistage consiste en un calcul intégré du risque de trisomie 21. Il doit être réalisé au mieux au premier trimestre (entre 11 SA et 13 SA + 6 jours), où le calcul de risque intègre : dosage de marqueurs sériques du premier trimestre, âge maternel et mesure échographique de la clarté nucale. En rattrapage, le dépistage par les marqueurs sériques au deuxième trimestre de grossesse et âge maternel est proposé, entre 14 SA et 17 SA + 6 jours. Un consentement signé est nécessaire.

Le risque est classé en trois groupes :

- inférieur à 1/1 000 : suivi habituel de la grossesse ;
- compris entre 1/1 000 et 1/51 : proposition dépistage prénatal non invasif (DPNI) qui repose sur la présence d'ADN fœtal dans le sang maternel (surreprésentation du nombre de copies du chromosome 21 dans l'ADN libre circulant). Ces tests sanguins sont remboursés depuis janvier 2019 aux femmes dans cette situation ;
- supérieur ou égal à 1/50 : proposition d'une amniocentèse ou d'une choriocentèse.

Deuxième consultation

La deuxième consultation menée au 4e mois, avant 15 SA, comporte des éléments supplémentaires.

- La déclaration de grossesse à effectuer avant 15 SA révolues. La date présumée d'accouchement est fixée à 41 SA. Il est important d'informer les femmes et/ou les couples que l'enfant pourra naître et sera considéré à terme à partir de 37 SA, et qu'un dépassement de terme est possible, en général toléré jusqu'à une semaine après la date présumée d'accouchement.
- La proposition de l'entretien prénatal précoce du 4e mois, individuel ou en couple. Cet entretien permet l'expression des attentes et besoins de la femme et du couple, le repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et l'orientation vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents. Il est l'occasion de donner des informations sur les ressources de proximité et d'établir des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés.
- L'information concernant la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité : ces séances ont lieu plutôt durant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse. Au total, huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées, la première étant consacrée à l'entretien prénatal précoce du 4e mois.
- L'information éventuelle concernant le dépistage de la trisomie 21 au deuxième trimestre, en rattrapage.

Consultations intermédiaires

Les consultations intermédiaires jusqu'à la consultation du 7e mois permettent de :

- poursuivre l'accompagnement psychosocial de la mère et du couple ;
- réévaluer à chaque occasion le niveau de risque pour la grossesse ;
- aborder le projet de naissance tout au long du suivi de la patiente.

Le déroulé des consultations intermédiaires jusqu'au 7e mois est proche d'une consultation à l'autre et est résumé dans le tableau 36.1.

Entretien

À l'entretien, le médecin recherche à chaque consultation :

- des métrorragies ;
- de la fièvre ;
- des signes fonctionnels urinaires ;
- des leucorrhées d'allure pathologique : des leucorrhées claires sont normales durant la grossesse ;
- des contractions utérines : leur survenue moins de 10 fois par jour est normale ;
- des mouvements actifs fœtaux : leur perception est possible en général autour de 18 à 20 SA pour une première grossesse, et parfois plus tôt surtout en cas de multiparité. La perception maternelle semble fiable, avec une variabilité selon les mouvements du fœtus [20] ;
- des facteurs de stress et d'insécurité : il est important de dépister des situations de vulnérabilité psychosociale tout au long de la grossesse, afin de proposer une prise en charge adaptée à la mère, au couple et à l'enfant à naître.

Examen physique

L'examen physique comprend :

- mesure de la pression artérielle ;
- mesure du poids ;

Tableau 36.1 **Consultations intermédiaires.**

	Moment du suivi de la grossesse				
	2e CS	3e CS	4e CS	5e CS	6e CS
	2e mois Avant 15 SA	4e mois 15–20 SA	5e mois 20–24 SA	6e mois 24–28 SA	7e mois 28–32 SA
Interrogatoire					
– Métrorragies, fièvre, signes fonctionnels urinaires, leucorrhées, mouvements actifs fœtaux, contractions utérines	✓	✓	✓	✓	✓
Examen physique					
– Poids, pression artérielle, hauteur utérine, recherche des bruits du cœur fœtaux	✓	✓	✓	✓	✓
Examens obligatoires					
– Glycosurie et protéinurie	✓	✓	✓	✓	✓
– RAI : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	–	–	–	✓	–
– Sérologie toxoplasmose (si négativité du résultat précédent)	✓	✓	✓	✓	✓
– Hémogramme	–	–	–	✓	–
Examens à proposer systématiquement					
– 2e échographie (entre 20 et 25 SA)	–	–	✓	–	–
– 3e échographie (entre 30 et 35 SA)	–	–	–	–	✓
– Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire (leucocytes, nitrites)	✓	✓	✓	✓	✓
Examens à proposer éventuellement					
– ECBU : si antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	✓	✓	✓	✓	✓
– HGPO 75 grammes de glucose : si facteurs de risque de diabète gestationnel	–	–	–		–
Traitements recommandés					
– Vitamine D 100 000 unités (1 ampoule)	–	–	–	✓	–

- recherche des bruits du cœur fœtal au doppler fœtal, si possible : leur perception au doppler fœtal est possible dès 10 à 12 SA ;
- mesure de la hauteur utérine (HU) : elle permet de surveiller la bonne croissance fœtale et de dépister les retards de croissance intra-utérins. Elle s'effectue chez une patiente allongée, vessie vide, les bras étendus le long du corps avec un ruban centimétrique maintenu pour son extrémité au contact du bord supérieur de la symphyse pubienne. Le ruban est guidé par la main gauche le long de la face antérieure de l'utérus, suivant son grand axe, jusqu'au fond utérin [21] (figure 36.1). Elle est possible à partir du 4e mois. La hauteur utérine normale est de 16 cm à 20 SA. Elle augmente de 1 cm par semaine entre 20 et 32 SA puis de 0,5 cm par semaine jusqu'au terme. Entre 20 et 32 SA, une règle simple permet d'estimer la hauteur utérine comme égale à : Nombre de SA – 4 cm.

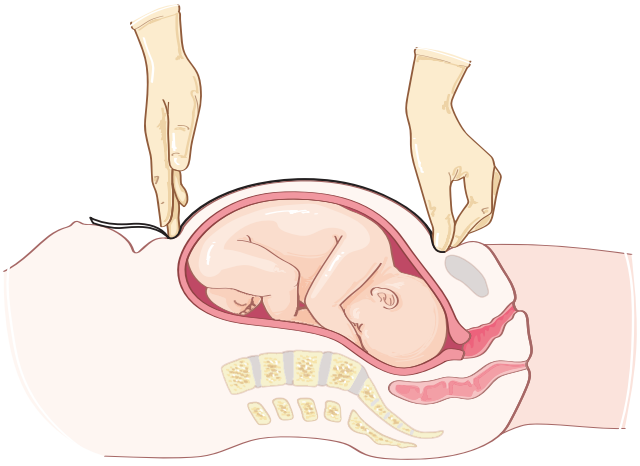


Fig. 36.1 Mesure de la hauteur utérine. *(Source : d'après Fournié A, et al. La mesure de la hauteur utérine dans les grossesses uniques et le dépistage des retards de croissance intra-utérins. J Gynécol Obstetr Biol Reprod 2008;6:625–30.). Illustration de Carole Fumat.*

Échographies obstétricales dans le suivi de la femme enceinte

Les avantages et limites de ces trois échographies de dépistage sont expliqués aux femmes afin d'obtenir ou non leur consentement libre et éclairé. Elles ne sont pas infaillibles. La principale limite est de ne pas tout pouvoir dépister.

La possibilité de refuser ces examens doit être clairement énoncée.

Échographie du premier trimestre (échographie de datation) : entre 11 et 13 SA + 6 jours

Elle a pour objectifs de dater la grossesse par la mesure de la longueur craniocaudale, de confirmer sa vitalité, d'identifier des grossesses gémellaires et leur chorionicité, de dépister précocement certaines malformations (anencéphalie, membres…) et d'évaluer le risque d'anomalies chromosomiques, en particulier de trisomie 21, par la mesure de la clarté nucale.

Échographie du deuxième trimestre (échographie morphologique) : entre 20 et 25 SA

L'objectif principal est le dépistage des malformations fœtales.

Échographie du troisième trimestre (échographie de croissance) : entre 30 et 35 SA

Elle a comme objectifs principaux de dépister des hypotrophies fœtales et certaines malformations, de vérifier la localisation du placenta et la présentation du fœtus.

Motifs de consultation les plus fréquents de la patiente enceinte

La femme enceinte peut souffrir lors de sa grossesse de fréquentes manifestations gênantes, appelées à tort « petits maux de la grossesse ». La plupart de ces manifestations peuvent être traitées par des mesures non médicamenteuses. Dans certaines situations (pathologies aiguës intercurrentes ou chroniques), la balance bénéfices-risques de l'instauration ou de la poursuite d'un traitement médicamenteux se discute.

Vomissements

Les nausées, accompagnées ou non de vomissements, surviennent chez plus de la moitié des femmes enceintes. Sans horaire particulier et persistant souvent tout au long de la journée, ces troubles ne s'accompagnent généralement pas d'anomalie physique ou biologique. Ils débutent souvent avant 8 SA et disparaissent spontanément entre la 12e et la 22e semaine. Des mesures diététiques sont souvent suffisantes : fractionner les repas ; boire à distance des repas, en petites quantités et souvent ; préférer les repas riches en protéines ou en sucres et pauvres en graisses ; éviter les odeurs fortes ; sortir à l'air frais ; se reposer en position allongée. Le gingembre a une efficacité très modeste sur les nausées (niveau de preuve faible), aucune sur les vomissements et les données sur la tératogénicité sont contradictoires avec un manque de données de pharmacovigilance [22]. Le médicament dont la balance bénéfices-risques semble la meilleure est la doxylamine qui peut être associée à la pyridoxine [22–23]. Si les vomissements persistent au-delà de 20 SA ou s'ils sont trop intenses, une autre étiologie est recherchée.

Constipation

Les mesures non médicamenteuses, bien que le niveau de preuve scientifique soit faible, semblent le plus souvent efficaces : hydratation suffisante (1,5 litre d'eau par jour), régime riche en fibres alimentaires, activité physique régulière. En cas d'échec, un traitement laxatif peut être proposé : laxatif de lest avec un mucilage (sterculia, ispaghul, psyllium) ou osmotique (macrogol, lactulose).

Hémorroïdes

Les mesures non médicamenteuses et le traitement de la constipation sont utiles. Un traitement local à base de lubrifiant permet parfois d'obtenir un soulagement comme la vaseline en gel aqueux. Les veinotoniques n'ont aucune efficacité et la troxérutine peut causer des malformations : il est prudent d'éviter ces médicaments pendant la grossesse. Pour soulager, quand un médicament est nécessaire, le paracétamol possède la meilleure balance bénéfices-risques.

Reflux gastro-œsophagien

Le pyrosis est très fréquent, surtout au troisième trimestre. Les mesures non médicamenteuses sont utiles : fractionnement des repas, adaptation posturale, éviter les efforts après les repas. Les antiacides sont utilisables sur de courtes périodes. Si un inhibiteur de la pompe à protons s'avère nécessaire, on privilégie l'oméprazole qui a le plus long recul d'utilisation.

Diarrhée

Si les règles hygiéno-diététiques ne suffisent pas, l'utilisation ponctuelle de lopéramide est possible. Les antiseptiques intestinaux n'ont pas d'efficacité démontrée.

Crampes

Des mesures non médicamenteuses sont indiquées : hydratation suffisante, activité physique, étirements musculaires.

Douleur

Le paracétamol est l'antalgique de palier 1 de premier choix chez la femme enceinte, quel que soit le terme.

Tous les AINS sont contre-indiqués (y compris l'aspirine) à partir de 24 SA.
Avant 24 SA, il est également préférable de les éviter.

Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte.

Si un antalgique de palier 2 est nécessaire, la codéine est préférable, bien que son innocuité ne soit pas clairement établie au premier trimestre de grossesse. Son utilisation est ponctuelle, à la posologie la plus faible possible. En fin de grossesse, même en cas de traitement ponctuel, elle peut entraîner une dépression respiratoire chez le nouveau-né. En cas d'inefficacité de cette option, le recours au tramadol semble possible quel que soit le terme de la grossesse. La morphine n'a pas de pouvoir tératogène décrit et peut donc être prescrite. Un traitement prolongé ou de fortes posolo-

gies risquent d'entraîner une dépression respiratoire et un syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

Le site du Centre de références sur les agents tératogènes (CRAT, http://www.lecrat.fr) est une source consultable par les médecins et les patientes pour l'évaluation de la balance bénéfices-risques des médicaments.

Références

[1] Lassi ZS, Dean SV, Mallick D, Bhutta ZA. Preconception care: delivery strategies and packages for care. Reprod Health 2014;11(Suppl 3):S7.

[2] Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. Reprod Health 2014;11(Suppl 3):S3.

[3] Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: promoting reproductive planning. Reprod Health 2014;11(Suppl 3):S2.

[4] Barker M, Dombrowski SU, Colbourn T, et al. Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. Lancet 2018;391(10132):1853–64.

[5] Paradis S, Ego A, Bosson J-L. Preconception care among low-risk mothers in a French perinatal network: Frequency of utilization and factors associated. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2017;46(7):591–6.

[6] Chi H, Chiu N-C, Tai Y-L, et al. Clinical features of neonates born to mothers with coronavirus disease-2019: A systematic review of 105 neonates. J Microbiol Immunol Infect 2021;54(1):69–76.

[7] Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane Database Syst Rev 2001;3, CD001056.

[8] Bruné Drisse M-N. Environnements précoces, origines précoces de la santé et des maladies. Med Sci (Paris) 2016;32(1):9–10.

[9] Sly PD, Carpenter DO, Van den Berg M, et al. Health consequences of environmental exposures: Causal thinking in global environmental epidemiology. Ann Glob Health 2016;82(1):3–9.

[10] Chavatte-Palmer P, Vialard F, Tarrade A, Dupont C, Duranthon V, Lévy R. DOHaD et programmation pré- et péri-conceptionnelle. Med Sci (Paris) 2016;32(1):57–65.

[11] Gabory A, Chavatte-Palmer P, Vambergue A, Tarrade A. Impact de l'obésité et du diabète maternels sur la fonction placentaire. Med Sci (Paris) 2016;32(1):66–73.

[12] Rincel M, Lépinay A, Gabory A, et al. Environnement précoce et vulnérabilité neuropsychiatrique. Med Sci (Paris) 2016;32(1):93–9.

[13] Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. Eur J Public Health 2015;25(4):604–9.

[14] Signes de début de grossesse. Rev Prescrire 2016;36:123–5.

[15] Badonnel Y, Berland M, Lacroix I, Patricot M-C, Revol A. Grossesse et périnatalité : suivi biologique. Annales de Biologie Clinique 1997;55(4):289–304.

[16] Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015;6, CD007145.

[17] Parant O, Simon C, Monrozies X. Surveillance de la grossesse par le médecin généraliste : le premier trimestre. [Internet]. Services de gynécologie obstétrique, hôpital Paule-de-Viguier, Toulouse. Disponible sur : http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/090709120326.pdf.

[18] Évaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34(2):170–4.

[19] Flori M, Lamort-Bouché M, Perdrix C, et al. Dépistage prénatal de la trisomie 21 : développement d'un document d'information à destination des femmes enceintes. exercer 2016;27(125):100–5.

[20] André S. Perceptions et représentations des mouvements actifs foetaux par les mères. Gynécol Obstetr 2014. ffdumas-01070414f:62.

[21] Fournié A, Lefebvre-Lacoeuille C, Cotici V, Harif M, Descamps P. La mesure de la hauteur utérine dans les grossesses uniques et le dépistage des retards de croissance intra-utérins. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;36(7):625–30.

[22] Nausées ou vomissements bénins liés à une grossesse. Revue Prescrire 2017;37(405):522–5.

[23] Tan A, Foran T, Henry A. Managing nausea and vomiting in pregnancy in a primary care setting. Aust Fam Physician 2016;45(8):564–8.

Chapitre 37

La patiente de plus de 50 ans

Marie Flori

PLAN DU CHAPITRE

Une patiente de plus de 50 ans en consultation en médecine générale 365
Faire un diagnostic de ménopause 365
Avoir une action de prévention 365
Prendre en compte les plaintes fonctionnelles liées à la ménopause 368
Incontinence urinaire 369
Conclusion 369

La patiente de plus de 50 ans est généralement ménopausée. La ménopause (du grec *méno/pausis*, signifiant « arrêt des menstrues ») est un phénomène physiologique naturel faisant partie de la vie génitale de toute femme. Ce phénomène correspond : sur le plan clinique, à l'arrêt des menstruations avec ou sans apparition de troubles fonctionnels (troubles climatériques) ; sur le plan physiologique, à l'arrêt de l'activité ovarienne ; sur le plan biologique, à la chute de la sécrétion d'estradiol avec pour conséquence l'arrêt de la fertilité. Cet arrêt n'est pas brutal et peut s'étendre sur quelques années. La ménopause survient le plus souvent entre 45 et 55 ans [1]. Elle peut devenir un problème médical en raison des carences en estrogènes, des symptômes rencontrés et des risques survenant à cette période.

Cette période, transitionnelle pour une femme, est vécue différemment selon sa culture, son histoire, ses représentations et la société dans laquelle elle vit. Par exemple, dans certaines cultures africaines, la survenue de la ménopause améliore le statut de la femme, qui peut alors exercer un pouvoir décisionnaire dans la communauté dans laquelle elle vit : le vécu de la ménopause est différent de celui d'une femme occidentale !

Une patiente de plus de 50 ans en consultation en médecine générale

L'entretien avec le médecin permet de recueillir ses attentes, ses plaintes. La ménopause est dans la vie d'une femme une période de transition, on peut parler de « *parcours d'apprentissage* » [2]. Période de bouleversement hormonal, les patientes sont parfois en recherche d'informations sur les symptômes et un éventuel traitement. La question de la féminité se pose pour certaines d'entre elles, l'arrêt de la fertilité pouvant être vécu comme une perte symbolique. L'environnement familial, professionnel, les problèmes sociaux peuvent avoir un impact sur le vécu des patientes dans cette période charnière. Au médecin d'explorer les représentations, les inquiétudes, les craintes de la patiente.

La rencontre avec la patiente comprend une évaluation de son état de santé, la mise en place d'un suivi et l'élaboration d'un projet thérapeutique. Cette attitude s'inscrit dans le cadre d'une décision partagée : discussion, partage des informations, expression des préférences et accord entre le médecin et la patiente sur la décision finale. La décision partagée améliore la satisfaction des patients, leur adhésion au traitement, leur qualité de vie [3]. Tous ces points sont fondamentaux pour la conduite d'une consultation auprès d'une patiente de plus de 50 ans, avec qui sont évoqués les actions de prévention, les dépistages individuels et collectifs et l'éducation à la santé. Intégrer l'approche globale biopsychosociale et l'écoute active de la patiente font écho au concept d'approche centrée sur la patiente.

Faire un diagnostic de ménopause

Bien souvent la première demande de la patiente autour de 50 ans est de savoir si elle est ménopausée ou non. Le diagnostic de ménopause [1] est un diagnostic clinique rétrospectif après une aménorrhée d'un an. Les dosages biologiques (FSH et 17β-estradiol) n'ont aucun intérêt dans le diagnostic de la ménopause. Le diagnostic peut être posé plus rapidement après un test aux progestatifs pendant 3 mois. Ce test correspond à la prescription d'un traitement progestatif seul (le plus souvent de la dydrogestérone), 10 jours par mois pendant 3 mois : l'absence de survenue de menstruations pendant ces 3 mois confirme le diagnostic.

Avoir une action de prévention

Différentes actions peuvent être menées :

- les dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal ;
- la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire ;

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

- la prévention de l'ostéoporose et de ses complications ;
- la mise à jour des vaccinations ;
- l'activité physique et l'alimentation.

Dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal

Ces trois cancers font l'objet d'un dépistage organisé. Après information de la patiente, l'examen clinique des seins et le test HPV sur frottis en phase liquide peuvent être réalisés en consultation et le test Hémoccult® expliqué.

Dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein

Les dépistages du cancer du col de l'utérus et du sein sont détaillés dans le chapitre 40.

Dépistage du cancer du côlon

Le cancer colorectal est un cancer fréquent (deuxième cause de décès par cancer tous sexes confondus). Le dépistage organisé de ce cancer, par recherche de sang occulte dans les selles (Hemoccult®) a été mis en place en 2008 et concerne les femmes (et les hommes) de 50 à 74 ans. Depuis 2015, le dépistage repose sur un test immunologique avec un seul prélèvement [4]. Tous les deux ans, le médecin adopte une attitude proactive pour améliorer la participation à ce dépistage et en parler avec les patientes. Il est rare qu'elles consultent pour ce seul motif et un des obstacles à la présentation de ce test est le temps. Or le temps nécessaire pour parler de ce test n'allonge la consultation que de 2,27 minutes [5] !

Prévention des facteurs de risque cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en France en 2016 [6]. La prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire augmente avec l'âge chez la femme (comme chez l'homme) : sédentarité, surpoids et obésité, tabagisme, stress psychosocial et aussi HTA et hypercholestérolémie. Une femme sur deux après 50 ans est hypertendue [7]. Prédire le score de risque cardiovasculaire chez une femme n'est pas simple, les scores classiques ne prenant pas en compte les spécificités féminines. Une stratification du risque cardiovasculaire chez la femme a été proposée (accord professionnel) [8] : il est important d'évaluer la consommation de tabac, l'IMC, le périmètre abdominal, la présence d'un diabète, d'une dyslipidémie, la présence d'antécédents cardiovasculaires familiaux précoces, une altération de la fonction rénale, le stress et la sédentarité, les antécédents personnels de migraine avec aura, les antécédents d'hypertension gravidique, de diabète gestationnel. La prise en compte de ces critères permet de catégoriser le risque de faible à important. La femme est en situation optimale de santé cardiovasculaire si elle n'a aucun facteur ou situation à risque et qu'elle a une « *hygiène de vie parfaite* » [8].

La prise en charge des différents facteurs de risque cités n'est pas développée ici (cf. chapitre 13). Ce qui est entendu par « *hygiène de vie parfaite* » à propos de l'alimentation et de l'activité physique est présenté dans un paragraphe ultérieur.

Prévention de l'ostéoporose et de ses complications

L'ostéoporose est liée au vieillissement physiologique. Elle est caractérisée par une baisse de la densité de l'os associée à une détérioration microarchitecturale du tissu osseux, ayant pour conséquence une fragilité osseuse et une augmentation du risque de fracture. La carence estrogénique entraîne des modifications du remodelage osseux avec l'augmentation de l'activité ostéoclastique et provoque une perte osseuse, variable d'une femme à l'autre ; 39 % des femmes de plus de 65 ans sont concernées par l'ostéoporose, laquelle est à l'origine de près de 400 000 fractures chaque année [9].

Une définition densitométrique de l'ostéoporose (*T-score* $\leq -2{,}5$) a été proposée par l'OMS en 1994 et est toujours retenue ce jour. L'ostéodensitométrie (DMO) étant considérée comme l'examen de référence, la densité osseuse est mesurée par absorptiométrie biphotonique à rayons X au niveau du rachis lombaire et de l'extrémité supérieure du fémur. Le résultat s'interprète en *T-score*, correspondant à la différence entre la densité osseuse mesurée et la densité osseuse moyenne de femmes jeunes aux mêmes sites osseux. La détérioration architecturale du tissu osseux ne peut pas être évaluée en pratique courante.

Les fractures liées à une fragilité osseuse sont appelées fractures ostéoporotiques : elles surviennent pour un traumatisme simple (chute de sa hauteur) et concernent le plus souvent les vertèbres, les os de l'avant-bras au niveau du poignet et l'extrémité supérieure du fémur.

Des actions de prévention de l'ostéoporose sont possibles et vont évoluer avec l'âge de la patiente.

Chez une patiente de plus de 50 ans

Il importe de reconnaître les patientes à risque avant la fracture de fragilité pour tenter de diminuer le risque. Les facteurs de risque sont cliniques et les patientes à risque d'ostéoporose sont celles à qui une DMO est prescrite. La DMO est un examen remboursé par l'Assurance Maladie uniquement en présence de facteurs de risque (tableau 37.1). La DMO évalue mal le risque de fracture [10] et son intérêt n'est pas établi chez une femme sans antécédent personnel de fracture de fragilité. Réaliser une DMO est surtout utile

Tableau 37.1 **Indications de la DMO [9].**

Chez la femme ménopausée, en présence de facteurs de risque
– Antécédent d'une fracture du col du fémur chez un parent du 1er degré sans traumatisme majeur
– IMC < 19 kg/m²
– Ménopause avant 40 ans
– Antécédent de corticothérapie prolongée > 3 mois (équivalent 7,5 mg par jour prednisone)
Dans la population générale, quels que soient le sexe et l'âge
– Découverte radiologique d'une fracture vertébrale sans traumatisme évident
– Antécédent personnel de fracture périphérique sans traumatisme majeur (sauf crâne, orteils, doigts et rachis cervical)
– Pathologies : hypogonadisme, hyperthyroïdie évolutive, hyperparathyroïdie, hypercorticisme
– Après traitement inducteur d'ostéoporose comme la corticothérapie systémique prise plus de 3 mois, à une dose supérieure à 7,5 mg par jour (équivalent prednisone)

après la survenue d'une fracture chez une femme de plus de 50 ans pour reconnaître les patientes qui pourraient bénéficier d'un traitement [10]. Le diagnostic d'ostéoporose est posé si la mesure de la densité osseuse montre un *T-score* ≤ – 2,5 au col fémoral chez une patiente ayant des facteurs de risque.

Chez une patiente de plus de 60 ans

Il importe aussi de repérer les facteurs de risque de chute et les facteurs de risque de fracture, afin de pouvoir agir (tableau 37.2).

Propositions thérapeutiques [11]

Chez toutes les patientes de plus de 50 ans, les actions de prévention reposant sur « *l'hygiène de vie* » sont recommandées. L'activité physique avec renforcement musculaire, travail de coordination, endurance, augmentation des amplitudes articulaires, a montré son efficacité pour diminuer le risque de chute (grade A) [1]. Une exposition adaptée au soleil (sortir chaque jour au moins 10 minutes), un apport de calcium par les laitages, une limitation de la consommation d'alcool et tabac sont recommandés. Ces interventions se font en tenant compte des préférences des patientes, leur motivation, leurs besoins, et aussi de leur environnement familial et social.

Les traitements le plus souvent prescrits (calcium, bisphosphonates et agonistes-antagonistes des récepteurs estrogéniques) sont utilisés dans des situations différentes.

La patiente est informée des précautions d'emploi et de la balance bénéfices-risques de ces traitements.

Vitamine D et calcium

Une exposition au soleil raisonnable suffit à produire la vitamine D nécessaire. L'alimentation peut apporter la ration de calcium suffisante (environ 1 200 mg par jour). Une supplémentation en calcium est nécessaire en cas d'apport insuffisant. Une supplémentation en vitamine D n'a d'intérêt que chez les patientes de plus de 70 ans vivant en institution ou ne sortant pas de leur domicile

Tableau 37.2 **Facteurs de risque de chute et de fracture [9].**

Facteurs de risque de chute	Facteurs de risque de fracture
– Âge > 80 ans – Un antécédent de chute dans l'année précédente – Une baisse de l'acuité visuelle – Une baisse de l'audition – Une prise de traitement(s) psychotrope(s), une polymédication – Les troubles neuromusculaires et/ou orthopédiques ; les pathologies spécifiques comme la maladie de Parkinson, les séquelles d'accident vasculaire cérébral – L'alcoolisme – Une malnutrition – Les facteurs environnementaux comme un habitat mal adapté	– Ménopause avant 40 ans – IMC < 19 kg/m² – Un antécédent de fracture de fragilité du col fémoral chez un parent du 1er degré – Une corticothérapie passée de plus de 3 mois à une posologie supérieure à 7,5 mg par jour équivalent prednisone – Survenue d'une fracture de fragilité de découverte clinique ou radiologique – Une corticothérapie en cours de plus de 3 mois à une posologie supérieure ou égale à 7,5 mg par jour équivalent prednisone – Un traitement ou une affection responsable d'ostéoporose : hypogonadisme prolongé, traitement agoniste de la GnRH ou anti-aromatases, hyperthyroïdie non traitée, hypercorticisme et hyperparathyroïdie – Âge > 60 ans – Tabagisme – Immobilisation prolongée

Bisphosphonates

Plusieurs molécules sont disponibles : acide alendronique, acide risédronique, acide zolédronique. Les bisphosphonates sont recommandés en prévention du risque de récidive de fracture. Chez une femme ménopausée ayant un antécédent de fracture et une DMO basse, un traitement d'acide alendronique évite trois fractures vertébrales et une fracture du fémur chez 100 femmes traitées pendant 3 ans. Prolonger le traitement au-delà de 5 ans n'apporte pas de bénéfice. Un examen dentaire est conseillé avant de débuter le traitement.

Agonistes-antagonistes des récepteurs estrogéniques

Trois molécules sont commercialisées : le bazédoxifène, le lasofoxifène et le raloxifène. Leur efficacité et leur profil d'effets indésirables sont identiques. Le raloxifène, molécule la plus évaluée, peut être une indication chez une femme ayant eu une fracture vertébrale.

Autres : tériparatide, dénosumab et traitement hormonal de la ménopause

Le tériparatide est un dérivé de la parathormone indiqué chez une patiente ayant au moins deux fractures vertébrales. Son efficacité est moins bien établie que celle de l'acide alendronique dans la prévention des fractures de fragilité.

Le dénosumab, anticorps monoclonal humain inhibiteur des ostéoclastes, est indiqué en deuxième intention. Sa balance bénéfices-risques semble défavorable : efficacité moins bien établie que celle de l'acide alendronique en prévention des fractures osseuses et augmentation des risques (douleurs, fractures à l'arrêt du traitement, ostéonécrose, infections graves liées à ses effets immunosuppresseurs). Un risque de rebond du remodelage osseux peut survenir à l'arrêt de ce traitement, risque pouvant conduire à des fractures vertébrales multiples.

L'ostéoporose n'est pas une indication du traitement hormonal de la ménopause (THM). La balance bénéfices-risques du THM est défavorable : diminution des fractures de fragilité en prévention primaire mais avec un risque augmenté de cancer du sein.

Mise à jour des vaccinations

Chez les patientes sans antécédent particulier, en dehors des obligations liées à l'environnement professionnel, le vaccin diphtérie-tétanos-polio reste recommandé tout au long de la vie avec un rappel à 45 ans, 65 ans puis tous les 10 ans. Le vaccin contre la grippe est recommandé chaque année après 65 ans et une dose de vaccin contre le zona peut être faite entre 65 et 74 ans [12].

Activité physique et alimentation

Les conseils concernant l'alimentation et l'activité physique sont à délivrer toute la vie et de la même façon à

une femme de plus de 50 ans. L'activité physique, l'alimentation sont des éléments de prévention primaire et secondaire pour les cancers, les problèmes cardiovasculaires et l'ostéoporose. Une étude récente [13] a recherché le nombre de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement. Chez la femme, les premières causes retrouvées étaient le tabac, l'alcool, le surpoids et l'obésité, responsables respectivement de 9,3 %, 7,5 % et 6,8 % de nouveaux cas de cancer. Pour les cancers les plus fréquents chez la femme, plus d'un tiers des cancers du sein et des cancers colorectaux et plus de deux tiers des cancers du poumon étaient liés à des facteurs de risque modifiables [13].

Une activité physique modérée entre 2 et 3 heures par semaine semble associée à une diminution de mortalité et du risque de survenue d'un premier événement cardiovasculaire [14]. L'exercice améliore légèrement la densité minérale osseuse et réduit le risque de fracture [15].

Éviter la prise de poids en limitant la consommation de produits à forte densité calorique et en ayant une activité physique régulière : les recommandations du Plan national nutrition santé (PNNS) 2019–2023 [16] déclinent les conseils applicables chez toute patiente (en dehors de toute pathologie) :

- limiter la consommation de sel à moins de 10 g par jour ;
- « *augmenter* » la consommation de légumes, de légumes secs, de fruits, de fruits à coque et l'activité physique ;
- « *aller vers* » les céréales complètes (pain complet, pâtes, riz), les aliments de saison et les produits locaux, le « bio », l'huile de colza, de noix et d'olives et les produits laitiers ;
- « *réduire* » la charcuterie, les produits gras, sucrés, salés ;
- limiter la consommation d'alcool (10 verres d'alcool standard maximum par semaine, sans dépasser deux verres par jour).

Les éléments du « régime méditerranéen » conseillés dans le cadre de la diminution du risque cardiovasculaire, sont retrouvés dans les conseils du PNNS :

- préférer la consommation de céréales, de fruits, de légumes, pommes de terre et légumineuses, de fruits à coque ;
- utiliser l'huile d'olive ;
- consommer en quantité modérée poissons, volailles, yaourts et fromages ;
- diminuer la consommation de viande rouge.

Il faut rajouter à ces éléments une consommation suffisante de calcium dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose : les apports quotidiens doivent être de 1 g à 1,2 g (produits laitiers et eau minérale riche en calcium).

En plus de l'alimentation et de l'activité physique, l'arrêt du tabagisme est fortement recommandé du fait de son rôle favorisant tant au niveau de la survenue des cancers, des affections cardiovasculaires que de l'ostéoporose.

Ces différentes recommandations sont expliquées à la patiente. Le soignant évalue avec elle ses motivations au changement, explore ses attentes, ses préférences et élabore un projet de soins adapté dans le cadre d'une décision partagée pour le suivi au long cours.

Prendre en compte les plaintes fonctionnelles liées à la ménopause

La ménopause est vécue comme un état normal ou comme un problème de santé selon les symptômes fonctionnels qui l'accompagnent. Les symptômes dont se plaignent les patientes sont regroupés sous le terme « *syndrome climatérique* » [1] :

- les bouffées de chaleur ou bouffées vasomotrices, environ chez 8 femmes sur 10, pouvant survenir la journée ou la nuit avec un retentissement sur le sommeil ;
- les sueurs nocturnes, isolées des bouffées de chaleur ;
- des symptômes génitaux avec une sécheresse vulvo-vaginale, une dyspareunie, une baisse de la libido ;
- des irritations ou infections urinaires plus fréquentes ;
- des céphalées, une asthénie, une irritabilité, des troubles du sommeil ;
- des douleurs articulaires avec dérouillage matinal.

Ces symptômes disparaissent ou diminuent au cours du temps. Ils peuvent n'être sans aucun effet sur la qualité de vie de la patiente. Ils peuvent aussi durer plusieurs mois, voire quelques années avec un certain retentissement sur la qualité de vie.

Le médecin écoute les plaintes de la patiente, la questionne sur les troubles ressentis, le retentissement sur sa qualité de vie. Il l'informe sur la ménopause, ses conséquences et sur les possibilités thérapeutiques. La décision de prescrire ou non un traitement est prise avec la patiente selon ses attentes, ses craintes, tout en respectant les contre-indications médicales.

En fonction des préférences de la patiente et sous réserve de l'absence de contre-indications, peuvent être proposés un traitement non médicamenteux, un traitement non hormonal ou un traitement hormonal de la ménopause (THM). Si la patiente se plaint essentiellement de symptômes vulvo-vaginaux, le traitement local est privilégié.

Traitement non médicamenteux [17]

La perte de poids chez des patientes en surpoids ou obèses peut diminuer les bouffées de chaleur (grade C). La pratique du yoga, l'acupuncture sont d'efficacité modérée, probablement liée à l'effet placebo. L'hypnose a peut-être une efficacité spécifique (réduction de l'intensité et de la fréquence des bouffées de chaleur) en plus de celle d'un placebo (grade C). L'absence d'effet indésirable de ces propositions permet de les conseiller.

Traitement médicamenteux

Il existe deux types de traitement : local et général per os.

Traitements locaux

Les traitements locaux [17] sont proposés en cas de sécheresse vaginale avec inconfort permanent ou transitoire pendant les rapports sexuels. Ils sont de trois types : les gels à base d'eau, les lubrifiants gras et les estrogènes locaux.

Les gels à base d'eau sont un traitement de première intention, sans effet indésirable et sans contre-indication. Certains gels sont lubrifiants et plutôt utilisés pendant l'acte sexuel ; d'autres sont hydratants, d'utilisation quotidienne, pour le soulagement des symptômes non liés à l'acte sexuel.

Les lubrifiants gras à base de vaseline ou à base d'huile ou de graisse végétale sont utilisables pendant l'acte sexuel. Ils altèrent le latex des préservatifs.

Les estrogènes par voie vaginale sont un traitement proposé en deuxième intention. Deux molécules sont disponibles : l'estriol et le promestriène. En cas de risque élevé de thrombose artérielle ou veineuse, de cancer du sein ou d'antécédent de cancer du sein ou de l'endomètre, l'évaluation clinique des estrogènes par voie vaginale est quasi inexistante : ce traitement est à éviter dans ces situations.

Traitement général

Le traitement général [17] comprend les traitements non hormonaux et le traitement hormonal de la ménopause.

Parmi les traitements non hormonaux, les phytoestrogènes sont associés à une diminution modeste de la fréquence des bouffées de chaleur. Les effets à long terme sont mal connus avec des incertitudes concernant un risque accru de cancer de l'endomètre et du sein, et des interactions médicamenteuses. D'autres préparations à base de plante (*Cimicifuga racemosa*) ou à base d'acides gras oméga-3, vitamine E, homéopathie n'ont pas montré d'efficacité. Des effets secondaires importants (atteinte hépatique grave sous *Cimicifuga racemosa*) ont été décrits. D'autres traitements comme la paroxétine, la gabapentine et la clonidine ont été évaluées. Leur efficacité est modeste ou incertaine, avec un profil d'effets indésirables non négligeables. La béta-alanine n'a pas d'efficacité démontrée, avec des effets indésirables connus. Enfin, la valériane (en extrait aqueux ou hydroalcoolique) a une certaine efficacité sur l'intensité des bouffées de chaleur (grade C) et n'expose pas à des effets indésirables.

Le traitement hormonal de la ménopause (THM) [1, 17] comprend une association 17β-estradiol et progestérone micronisée, sauf pour les femmes ayant eu une hystérectomie — dans ce cas, prescription d'estrogène seul.

Les estrogènes seuls augmentent le risque de cancer de l'endomètre (grade A). Le THM est très efficace sur les symptômes vasomoteurs (grade A) et urogénitaux et sur la prévention du risque fracturaire. Un THM pendant un an augmente le risque de crise cardiaque et le risque de thrombose veineuse. Une utilisation prolongée augmente le risque de cancer du sein (grade A) et d'accident vasculaire cérébral. Le THM est contre-indiqué en cas d'antécédents personnels de cancer du sein, de coronaropathie ou infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et de maladie veineuse thromboembolique (grade A).

La durée de prescription d'un THM varie en fonction de la persistance des troubles climatériques et des préférences des patientes. Une évaluation annuelle est nécessaire avec bilan fonctionnel — recherche de la bonne tolérance, des effets secondaires, des événements intercurrents pouvant influencer la prescription — et examen clinique comprenant l'examen des seins, la réalisation d'un frottis du col de l'utérus si nécessaire et l'examen cardiovasculaire. Les risques mammaires et cardiovasculaires augmentent avec la durée du traitement. Chaque année, la balance bénéfices-risques est discutée : le traitement est prescrit à la dose minimale efficace et pour une durée la plus courte possible.

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire [18], pathologie fréquente (15 à 40 % des femmes adultes), est classée en trois catégories : incontinence urinaire à l'effort, incontinence urinaire par urgenturie, incontinence urinaire mixte (incontinence urinaire à l'effort + urgenturie). L'âge et l'obésité sont des facteurs de risque reconnus. L'incontinence urinaire par urgenturie et l'incontinence urinaire mixte sont prépondérantes chez la femme âgée. Le THM joue un rôle aggravant dans l'insuffisance urinaire à l'effort et un plus modeste dans l'incontinence urinaire mixte. Une consommation importante d'alcool ou de caféine expose à l'aggravation d'une incontinence urinaire à l'effort.

L'incontinence urinaire à l'effort est définie par la survenue de fuites d'urines non précédées de besoin mictionnel lors d'efforts comme la toux, l'éternuement, la course, le saut. L'incontinence urinaire par urgenturie fait partie du syndrome d'hyperactivité vésicale définie par la survenue d'urgenturie avec ou sans incontinence urinaire, associée à une pollakiurie et une nycturie. Il n'y a pas d'infection urinaire associée.

L'incontinence urinaire n'est pas facilement évoquée par les patientes, malgré la gêne ressentie : il est nécessaire de les questionner à ce sujet, d'autant qu'une prise en charge est possible et efficace. Cette symptomatologie peut avoir un retentissement sur les activités sociales ou professionnelles de la patiente, voire être à l'origine d'une baisse de l'estime de soi. Le diagnostic de l'incontinence urinaire est clinique : bien faire préciser le type d'incontinence et les symptômes éventuellement associés. L'examen clinique et le bilan échographique éliminent une pathologie vésicale, utéro-annexielle ou neurologique. Selon le type d'incontinence urinaire, les traitements diffèrent :

- pour l'infection urinaire à l'effort [19] : rééducation des muscles du plancher pelvien en première intention. L'utilisation de cônes vaginaux ou la neurostimulation des planchers pelviens sont des options en cas d'échec. Aucun traitement médical n'a d'intérêt. La chirurgie est discutée en cas d'échec des méthodes précédentes et en cas de gêne importante ;
- pour l'incontinence urinaire par urgenturie [19] : une thérapie comportementale, le renforcement musculaire périnéal, une estrogénothérapie locale sont proposés. En cas de surpoids ou obésité, la perte de poids est conseillée et peut améliorer la symptomatologie. En deuxième intention, un traitement anticholinergique pendant au moins 6 semaines peut être prescrit.

Conclusion

Dans ce chapitre ne sont considérées que les patientes de plus de 50 ans sans pathologie associée, se considérant en bonne santé. Cela concerne une majorité de patientes : en

2014, 84,9 % des femmes entre 55 et 64 ans se considèrent en « *assez bonne santé* », « *bonne santé* » ou « *très bonne santé* » [20]. Une patiente de plus de 50 ans en bonne santé, sans antécédent personnel particulier vient en consultation dans le cadre d'un suivi. Comme décrit dans le référentiel métier et compétences du médecin généraliste [21], le médecin est en situation de :

- « **poser un diagnostic global de situation** » : faire préciser à la patiente ce qu'elle sait de cette période contemporaine de la ménopause ; l'aider à formuler ses inquiétudes ; explorer ses connaissances sur les facteurs de risque, les actions de prévention et les dépistages spécifiques ; actualiser les informations sur son contexte familial, socio-professionnel et psychologique ; prendre en compte ses antécédents personnels et familiaux ; évaluer son état de santé (clinique, biologique, psychologique et social) ;
- « **élaborer un projet d'intervention négocié avec la patiente** » : distinguer ce qui est de l'ordre de la prévention individualisée (vaccin, hygiène de vie), des dépistages ; prendre en compte son projet de vie (cessation d'activité professionnelle, départ des enfants, aides aux parents vieillissants, aux petits enfants) ;
- « **mettre en œuvre un projet thérapeutique** » : intégrer les conseils de prévention et les dépistages, sans oublier le dépistage des déficiences sensorielles visuelles et auditives ;
- « **effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge** » : adopter une attitude incitative, adaptée à la patiente ; organiser le dossier médical (avec les rappels d'échéance) ;
- « **effectuer un suivi différé** » : réévaluer la situation en prévoyant les modifications du suivi en fonction de l'âge, l'arrêt de certains dépistages, l'initiation de nouveaux bilans.

Références

[1] Baffet H, Robin G, Letombe B. Ménopause. EMC - Gynécologie 2015 ;10(2):1–18.

[2] Charlap C. « Comment on devient ménopausé » : de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage. Corps 2014 ;12(1):221–9.

[3] Vallot S, Yana J, Moscova L, et al. La décision médicale partagée : quelle efficacité sur les résultats de santé ? Une revue systématique de la littérature. exercer 2018 ;149:25–39.

[4] Launoy G. Impact de l'intégration du test immunologique dans le programme de dépistage du cancer colorectal en France. Bull Cancer 2019 ;106(7-8):703–6.

[5] Urena-Dres A, Le Bel J, Gelly J, Mercier A, Aubin-Auger I. La délivrance du test Hemoccult II : pas si chronophage ! exercer 2014 ;114:181–2.

[6] Boulat T, Ghosn W, Morgand C, Falissard L, Roussel S, Rey Grégoire. Principales évolutions de la mortalité par cause sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd 2019 ;29-30:576–84.

[7] Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis2006. Bull Epidemiol Hebd 2018 ;10:170–9.

[8] Mounier-Vehier C, Nasserdine P, Madika A. Stratification du risque cardiovasculaire de la femme : optimiser les prises en charge. Presse Med 2019 ;48(11 Pt 1):1249–56.

[9] Briot K, Roux C, Thomas T, et al. Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Rev Rhum 2018 ;85(5):428–40.

[10] Fractures liées à une fragilité osseuse : prévention. Premiers choix Prescrire. Actualisation 2019. Rev Prescrire 2019 ;39(429):514.

[11] Thérapeutique en médecine générale. Le patient ou la patiente présentant une ostéoporose. Saint-Cloud: GMS ; 2020. p. 829–34.

[12] Ministère des Solidarités et de la Santé. Le calendrier des vaccinations. [En ligne]. Paris: MSS ; 2021. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/.

[13] Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, et al. Nombre et fraction de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidemio Hebd 2018 ;21:442–8.

[14] Prévention cardio-vasculaire. Réduction de la mortalité et du risque cardio-vasculaire par l'activité physique. Rev Prescrire 2018 ;38:686–7.

[15] Howe TE, Shea B, Dawson LJ, et al. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 ;7, CD000333.

[16] Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé (PNNS). [En ligne]. Paris: MSS ; 2021. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/.

[17] Thérapeutique en médecine générale. La patiente ménopausée. Saint-Cloud: GMS ; 2020. p. 941–9.

[18] Deffieux X, Thubert T, Demoulin G, Rivain A-L, Faivre E, Trichot C. Incontinence urinaire de la femme. EMC - Gynécologie 2015 ;10(4):1–16.

[19] Thérapeutique en médecine générale. La patiente présentant une incontinence urinaire. Saint-Cloud: GMS ; 2020. p. 951–9.

[20] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. État de santé de la population en France. Rapport 2017. [En ligne] Paris: DREES ; 2017. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[21] Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. [En ligne] Paris: CNGE ; 2009. Disponible sur : www.lecmg.fr.

La patiente en demande d'interruption volontaire de grossesse

Stéphanie Mignot

PLAN DU CHAPITRE

Les grossesses non désirées et l'avortement en France 371
Comprendre les échecs de la contraception . . 371
Accueillir une femme enceinte 372
Recueil des données. 372
Explorer les représentations autour de l'interruption volontaire de grossesse. 372
Conséquences d'une interruption volontaire de grossesse 372
Modalités pratiques 373
Annexe 374

Les grossesses non désirées et l'avortement en France

Depuis la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dite Loi Veil (1975), le taux d'avortement en France a d'abord diminué puis est resté stable. Le nombre moyen est de 0,5 IVG par femme [1]. Il existe des situations à risque d'IVG : post-partum, séparation, changement de contraceptif, évolution sociétale (nombre de partenaires au cours de la vie, âge du premier enfant, séparations…) [2]. Les représentations sur la contraception, qu'elles soient le fait des femmes ou des professionnels de santé, contribuent aussi à un mésusage des contraceptifs et à une non-optimisation de leur usage. La pratique du *quick start*, l'utilisation du DIU en contraception d'urgence ou chez les nullipares sont encore peu répandus. La contraception d'urgence est peu utilisée [1]. Il existe des fausses rumeurs parfois diffusées et relayées également par des professionnels de santé, comme le fait qu'il serait mauvais pour la santé de l'utiliser plusieurs fois ou que le fait de prescrire la pilule en même temps que la pilule du lendemain serait pourvoyeur d'échec de la contraception.

Toutes les catégories socio-économiques sont touchées par les grossesses non désirées. Dans les trois quarts des cas de grossesse non désirée, la femme utilise un moyen de contraception [1].

On note une augmentation du recours multiple à l'IVG au fil du temps. Elle traduit avant tout l'allongement de la période entre le premier rapport sexuel et le premier enfant. Pour les patientes, le fait d'avoir plusieurs IVG renvoie aux difficultés de gérer un parcours contraceptif sans faille dans le cadre de trajectoires affectives et sexuelles de plus en plus diversifiées [3].

Comprendre les échecs de la contraception

Les raisons de ne pas utiliser de contraception vont au-delà d'un simple manque d'informations. Les représentations et les croyances entretenues par l'entourage ou la société favorisent des attitudes de défiance et sont parfois la cause d'une mauvaise observance. Les violences présentes ou passées peuvent être une des causes du motif d'échec de contraception ou de refus de contraception [4].

Ces données reflètent les difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive, difficultés se traduisant par des écarts fréquents d'observance ainsi que par des arrêts ou des changements de méthode contraceptive ou de contraceptifs. L'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avait changé de contraception dans les 6 mois précédant l'échec [5]. La contrainte est évidemment d'autant plus mal perçue et d'autant plus difficile à assumer qu'elle n'est pas en harmonie avec le mode de vie : lorsque les relations sexuelles sont épisodiques, irrégulières ou difficiles à prévoir et aussi pour les femmes dont l'activité se traduit par des horaires décalés ou des rythmes irréguliers de sommeil, susceptibles de perturber l'observance.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

La montée des préoccupations écologiques qui développe une aspiration à des méthodes « naturelles », la crainte des effets à long terme d'une imprégnation hormonale contribuent à renforcer les difficultés d'observance et d'arrêt de contraception dite médicalisée. La prescription de contraception estroprogestative contenant peu d'estrogène favorise les *spottings*. Ces *spottings* sont une source d'angoisse pour certaines femmes qui peuvent interrompre leur contraception.

Accueillir une femme enceinte

Une patiente annonce qu'elle est enceinte. Cette grossesse est-elle une bonne nouvelle ou une mauvaise nouvelle ? Si cette grossesse est une mauvaise nouvelle pour elle, le rôle du généraliste est de l'orienter si lui-même ne réalise pas les IVG. Quel type de méthode connaît-elle ? Quel type de méthode d'interruption de grossesse souhaiterait-elle ?

Elle peut être adressée à un praticien (sage-femme, gynécologue ou médecin généraliste) qui réalise les IVG médicamenteuses en ambulatoire si la grossesse est à moins de 7 SA (semaine d'aménorrhée). Au-delà, un centre d'orthogénie la prendra en charge.

La rédaction d'un courrier (Annexe) n'est pas obligatoire mais il est recommandé de le faire. Avant la réalisation de l'IVG, la loi stipule que les femmes doivent avoir reçu les informations utiles et le dossier guide[39]. Ainsi, la rédaction d'un courrier et la consultation du guide permettent une prise en charge optimale. Le plus important est de bien orienter la patiente. La loi n'impose aucun examen complémentaire ; un groupage sanguin et une échographie de datation sont demandés par le praticien ou le centre d'orthogénie. Cette échographie peut être une source de stress supplémentaire pour la patiente.

Recueil des données

Le recueil des données comprend :

- la recherche des contre-indications à l'IVG médicamenteuse si la patiente est dans les délais pour réaliser l'IVG sous cette modalité (moins de 9 SA). Elles sont rares : asthme sévère non contrôlé, insuffisance surrénalienne chronique, porphyrie héréditaire. Des précautions sont prises en cas d'anémie, de trouble de l'hémostase, de diabète. Pour une meilleure sécurité, la patiente doit résider à moins d'une heure du centre d'orthogénie, avoir un téléphone pour appeler en cas d'urgence, un proche disponible pendant au moins 4 heures le jour de la prise de misoprostol, et la patiente doit comprendre les consignes et être disposée à les suivre ;
- la vérification que la femme dispose d'une carte de groupe sanguin (la faire réaliser si ce n'est pas le cas) et une recherche d'anticorps irréguliers en cas de rhésus négatif. La recherche de β-hCG n'est pas une obligation ;
- la recherche de contraintes de situation d'emprise, de violences. Ces situations sont fréquentes et évoquées avec la femme. La plupart du temps et particulièrement si la question est posée avant que l'alliance ne soit créée la femme répond « non » à la question « subissez-vous ou avez-vous subi des violences ? » D'autres questions sont efficaces : « quelqu'un vous a fait-il du mal ? », des questions en entonnoir comme, « il est compliqué » puis « il est jaloux », « il change d'humeur rapidement » peuvent l'aider à libérer la parole. Devant une femme qui ne va pas bien, qui pleure, qui est très angoissée avant ou après une IVG, les violences éventuellement subies sont évoquées. Si la patiente a été victime d'un viol cette situation est anxiogène pour elle. Si elle subit de la violence psychologique, elle peut ne pas en être consciente, présenter des signes d'anxiété importants ou des pleurs, c'est une femme qui vit dans la peur mais qui normalise le comportement du compagnon [6].

Explorer les représentations autour de l'interruption volontaire de grossesse

Comme avant toute intervention, la femme peut se poser des questions sur les modalités de prise en charge, les complications, la douleur. Le centre d'orthogénie prescrira des AINS, du tramadol ou de la codéine. La quantité de saignement et les douleurs sont très variables selon les femmes et le terme de la grossesse.

La législation et les recommandations de la HAS prévoient que tous les types de procédure pour réaliser l'avortement sont envisageables si la patiente est à moins de 9 SA (IVG médicamenteuse en ambulatoire ou l'hôpital, IVG par aspiration). Au-delà de 9 SA, seule l'IVG par aspiration est envisageable.

Si la femme est enceinte de plus de 16 SA, elle ne peut plus réaliser l'avortement en France ; le médecin peut informer sa patiente sur les modalités d'IVG réalisables à l'étranger. Certaines associations peuvent la diriger vers des pays qui réalisent l'avortement au-delà de ce délai, c'est le cas par exemple du planning familial. Seul un délai de réflexion de 48 heures est exigé par la loi pour les mineures ainsi que la réalisation d'un entretien social ou avec une psychologue [7].

Conséquences d'une interruption volontaire de grossesse

La patiente ressent parfois de la culpabilité face à ce qui est vécu comme le résultat d'un échec. Culpabiliser la patiente n'empêche pas une nouvelle IVG. Les femmes qui présentent un syndrome dépressif ou anxieux après une IVG présentaient le plus souvent des troubles psychiques préexistants à l'IVG [8]. Les situations d'emprise ou de violence peuvent être à l'origine de troubles de l'humeur et de la mauvaise tolérance psychique de l'IVG [6]. Ainsi, le traumatisme psychique subi par la patiente est très variable en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle et aussi de la prise en charge et du déroulement de l'IVG.

Au cours d'une anesthésie générale, le taux de mortalité est de 0,6 pour 100 000 avortements soit quatre fois plus que sous anesthésie locale. Il est difficile d'imputer une infertilité ultérieure à la réalisation d'une IVG, les techniques et

39 Téléchargeable sur : https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html.

les médicaments utilisés pour la réaliser sont les mêmes que ceux que l'on utilise lors d'une fausse couche spontanée.

Les métrorragies parfois abondantes peuvent être prolongées (jusqu'à 12 jours) après la prise de mifépristone. En raison du risque hémorragique parfois grave (0 à 1,4 % des cas) les patientes atteintes d'anémie ou de troubles de la coagulation à type d'hypocoagulabilité sont particulièrement surveillées. Les complications infectieuses sont rares et le plus souvent en lien avec une infection à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*.

Modalités pratiques

IVG médicamenteuse

Mifépristone 600 mg à prendre en présence du professionnel de santé puis 36 à 48 heures plus tard misoprostol 400 mg. Certaines équipes utilisent 200 mg de mifépristone puis du gémérost au lieu du misoprostol.

Un contrôle de la réussite de l'IVG 15 à 21 jours plus tard est à réaliser ; le mieux est de doser des β-hCG plutôt qu'une échographie. Il y a environ 3 % d'échecs à l'IVG médicamenteuse, il faut informer la patiente que le misoprostol est tératogène. En cas d'échec une aspiration est proposée à la patiente [9].

Une journée d'arrêt de travail est nécessaire. Les saignements peuvent être abondants le jour de la prise du misoprostol. Pour l'IVG dans une unité de santé, il est prévu une demi-journée d'hospitalisation.

IVG chirurgicale

En fonction du terme et des centres, de la mifépristone est prescrite à la patiente avant le geste. La femme a le choix entre une anesthésie locale et une anesthésie générale. La sortie aura lieu le jour même.

Dépistage des IST

Un dépistage des IST à *Chlamydia* et gonocoque est systématiquement réalisé du fait des risques de complications que ces infections engendrent.

Références

[1] Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L, editors. Inspection générale des affaires sociales. In: La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Rapport n°. RM2009-098A. Paris: IGAS ; 2009. [En ligne]. Disponible sur : www.igas.gouv.fr/.

[2] Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Francaise Aff Soc 2011 ;149–62.

[3] Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Popul Sociétés 2015 ;518(1):1.

[4] Bergmann JN, Stockman JK. How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive Use in the United States? A systematic review of the literature. Contraception 2015 ;91(6):438–55.

[5] Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod 2003 ;18(5):994–9.

[6] Memoire traumatique et victimologie. [En ligne] Salomna M. Mécanismes ; 2009. Disponible sur : www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html.

[7] Direction de l'information légale et administrative. Service-Public.fr. Interruption volontaire de grossesse (IVG). [En ligne]. Paris: Service-Public.fr ; 2021. Disponible sur : www.service-public.fr.

[8] Wallin Lundell I, Sundström Poromaa I, Ekselius L, et al. Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: findings from a Swedish multi-center cohort study. BMC Womens Health 2017 ;17(1):96.

[9] Haute Autorité de santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; mise à jour ; 2021. Disponible sur : www.has-sante.fr.

Annexe

Lettre type

Cher confrère,

Je reçois ce jour Madame ……..Elle est en demande d'interruption volontaire de grossesse.

Je l'informe des modalités d'intervention de grossesse qu'il existe, je lui remets le lien du dossier guide https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html et l'informe qu'elle doit l'avoir consulté avant la réalisation de l'interruption de grossesse selon la loi relative à l'IVG.

Son groupe sanguin et rhésus est ….

Cordialement.

Chapitre 39

La patiente avec une plainte d'origine gynécologique probable

Françoise Paumier

PLAN DU CHAPITRE

Consultation de la patiente présentant une plainte gynécologique 375
Douleurs pelviennes 375
Hémorragies génitales 377
Infections génitales 378

En 2014, les plaintes gynécologiques représentaient 4 % des motifs de consultation en médecine générale [1]. Ce chiffre est probablement en croissance du fait de la raréfaction des gynécologues médicaux et de l'augmentation des délais de consultation [2]. Ces plaintes sont abordées ici sous l'angle de la sémiologie. Elles sont représentées essentiellement par les douleurs pelviennes, les hémorragies et les infections génitales. Dans la plupart des cas, un examen gynécologique est nécessaire. Ses particularités sont détaillées.

Consultation de la patiente présentant une plainte gynécologique

Entretien

L'entretien est, si possible, mené en tête à tête. Il est parfois délicat d'obtenir cette condition chez les femmes mineures ou celles se présentant en couple. Il peut, dans ce cas, débuter en présence de l'accompagnant et être complété dans un deuxième temps pendant l'examen clinique réalisé en l'absence de celui-ci.

Il a pour objectif de recueillir les éléments sémiologiques : fréquence des symptômes, caractère aigu, chronique, évolutif. Il fait préciser si la patiente a une activité sexuelle et déterminer s'il y a une possibilité de grossesse. Dans ce domaine, l'absence d'a priori est la règle, y compris chez les femmes très jeunes ou chez celles déclarant avoir des relations avec des femmes.

L'entretien permet également un dépistage des violences domestiques, en particulier sexuelles.

Examen clinique

L'examen clinique est d'abord général pour éliminer l'urgence et permettre les diagnostics différentiels.

Pour l'examen gynécologique, le port d'une blouse jetable peut être proposé afin d'éviter à la patiente d'être dénudée. Un drap en papier peut être déployé sur le bassin et les membres inférieurs. L'examen peut être réalisé en décubitus dorsal, les pieds posés sur la table d'examen ou sur des étriers, ou en position du lotus. Il peut également être réalisé en décubitus latéral, position dite « à l'anglaise » [3]. Un coussin ferme est proposé pour surélever la tête ce qui réduit la lordose donc facilite l'examen, et permet à la femme de voir l'examinateur si elle le souhaite. Dans tous les cas, la patiente doit pouvoir se déshabiller et se rhabiller à l'abri des regards et les différentes positions lui sont proposées. Les gestes de l'examen lui sont expliqués avant de commencer et au fur et à mesure, le matériel lui est montré et tout refus est respecté.

L'examen gynécologique complet de premier recours comprend l'observation, l'examen avec speculum vaginal et le toucher vaginal avec palper bimanuel. Le médecin réalise tout ou partie de l'examen selon les informations précises qu'il attend de chaque geste. L'examen doit être indolore.

Le respect de ces consignes optimise l'acceptation de l'examen gynécologique et son ressenti [4].

Douleurs pelviennes

L'analyse de leurs caractéristiques permet l'orientation diagnostique.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Les douleurs aiguës récentes et isolées font éliminer une grossesse extra-utérine, une rupture de kyste de l'ovaire ou une cause non gynécologique. Les causes non gynécologiques sont dominées par la constipation, les cystites ou calculs urinaires, les troubles musculosquelettiques essentiellement en post-partum.

Les douleurs chroniques peuvent être cycliques, c'est-à-dire survenir pendant les règles ou l'ovulation. Les douleurs non cycliques peuvent être transitoires ou continues, spontanées ou provoquées, en particulier par les rapports sexuels.

Les dysménorrhées sont des douleurs pelviennes survenant pendant les règles. Elles sont dites primitives lorsque aucune pathologie pelvienne n'est identifiée. Elles sont dites secondaires en présence d'une pathologie pelvienne dont la plus fréquente est l'endométriose.

Les douleurs pelviennes survenant au moment de l'ovulation sont généralement soulagées par le paracétamol.

Les dyspareunies profondes sont provoquées par le contact sur le col utérin. Les dyspareunies superficielles font évoquer une pathologie vulvaire, une sécheresse vaginale par trouble du désir ou carence estrogénique ou un vaginisme. Le vaginisme est un spasme survenant au moment de la pénétration sexuelle. Il est d'origine psychogène. Il donne lieu à une proposition de prise en charge par un praticien en thérapies cognitivo-comportementales [5].

Dysménorrhées primitives

Elles sont recherchées systématiquement lors de l'entretien avec une femme en période d'activité génitale. Elles sont considérées comme normales par certaines femmes bien que source importante de baisse de qualité de vie et d'absentéisme scolaire ou au travail. Elles diminuent souvent avec l'âge. Le traitement médicamenteux repose sur les AINS pour leur activité bloquant la synthèse des prostaglandines.

Elles sont le plus souvent contrôlées par une contraception hormonale.

Endométriose

Elle est évoquée devant l'association de deux ou plusieurs des symptômes suivants [6] :

- dysménorrhées intenses résistant aux antalgiques de palier 1 et induisant un absentéisme ;
- dyspareunies profondes ;
- douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale ;
- signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale ;
- infertilité.

Il n'est pas nécessaire de rechercher l'endométriose devant une dysménorrhée isolée contrôlée par une contraception hormonale, en l'absence d'autres symptômes ou de souhait de grossesse immédiat [6].

L'entretien recherche les signes évocateurs. Il évalue la douleur et le retentissement sur la qualité de vie.

Lorsqu'une endométriose est évoquée, un examen gynécologique complet est proposé, ainsi qu'une échographie pelvienne.

L'examen clinique recherche les signes suivants [6] :

- visualisation de lésions bleutées sur les parois vaginales ;
- palpation de nodules au niveau des ligaments utéro-sacrés ou du cul-de-sac vaginal postérieur ;
- douleur à la mise en tension des ligaments utéro-sacrés ;
- utérus rétroversé ;
- annexes fixées.

L'échographie pelvienne élimine les diagnostics différentiels et recherche des signes évocateurs d'endométriose profonde et un kyste ovarien endométriosique, encore appelé endométriome. Ces deux dernières situations impliquent des examens de deuxième intention qui sont réalisés en centre référent.

Dans le cas contraire, le praticien de soins premiers propose une prise en charge [5] qui repose :

- en première intention sur l'hormonothérapie estroprogestative ou le SIU à 52 mg de lévonorgestrel ;
- en deuxième intention sur l'hormonothérapie orale ou implantée au désogestrel, et sur les analogues de la GnRH associés à une estrogénothérapie.

Cette prise en charge est généralement efficace sur les douleurs et la qualité de vie. En cas de souhait immédiat de grossesse, la patiente est adressée en centre référent pour envisager une fécondation in vitro.

La figure 39.1 reprend l'arbre décisionnel devant une douleur pelvienne.

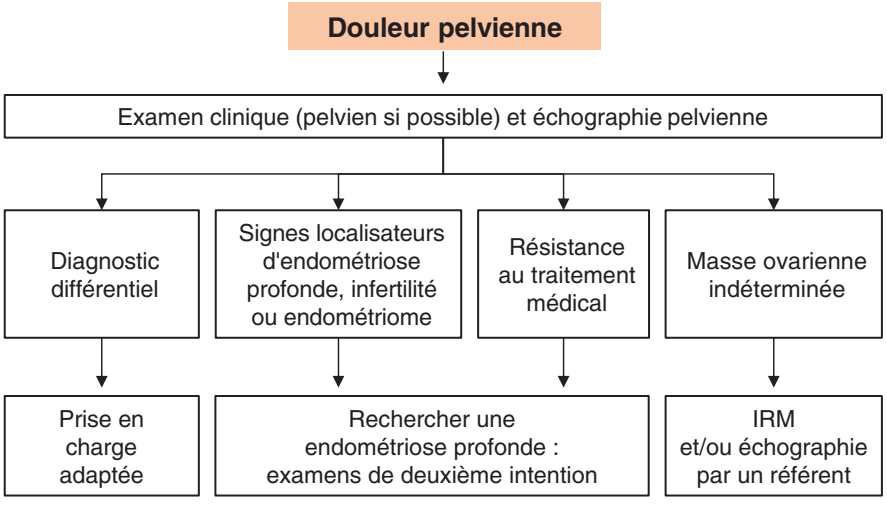


Fig. 39.1 Arbre décisionnel devant une douleur pelvienne.

Hémorragies génitales

Les hémorragies de la grossesse ne sont pas abordées ici.

Il existe, pour mémoire, deux causes principales d'hémorragies génitales de l'enfant : les corps étrangers intravaginaux et la prise de contraceptifs oraux chez la mère de nourrissons allaités.

Les hémorragies génitales basses proviennent de la vulve, du vagin ou du col utérin. Les hémorragies génitales hautes proviennent de la cavité utérine et sont extériorisées par le col.

Les ménorragies sont une augmentation de la durée et de l'abondance des règles.

Les métrorragies sont des saignements survenant en dehors des règles.

L'abondance des saignements est évaluée par le score d'Higham 7 (figure 39.2). Un score supérieur à 100 définit l'hémorragie génitale. Un score supérieur à 150 fait évoquer la nécessité d'une prise en charge chirurgicale.

Les hémorragies génitales fonctionnelles sont dues à un déséquilibre hormonal de la balance estroprogestative. Il s'agit d'un diagnostic évoqué après avoir éliminé les causes organiques d'hémorragies génitales.

Stratégie diagnostique devant une patiente se plaignant d'une hémorragie génitale [8]

Entretien

Le médecin fait préciser la date des dernières règles et l'utilisation d'une contraception. Il caractérise l'hémorragie génitale grâce au score d'Higham. Il recherche l'existence d'une pénétration sexuelle non souhaitée.

Examen clinique

Le médecin vérifie la tolérance hémodynamique de l'hémorragie et recherche des signes d'anémie. L'examen gynécologique cherche l'origine basse ou haute de l'hémorragie. Un frottis cervico-vaginal est réalisé en cas d'hémorragie cervicale.

Biologie

Un premier bilan biologique comprend :

- **dosage des β-hCG ;**
- **NFS-plaquettes ;**
- **ferritinémie ;**
- **TP, TCA ;**
- **bilan d'hémostase large chez l'adolescente (maladie de Willebrand) ;**
- **TSH.**

En deuxième intention, toujours en soins premiers, les examens biologiques suivants sont réalisés :

- T3 et T4 libres en cas de TSH anormale ;
- bilan hormonal en cas d'irrégularité menstruelle associée : prolactine, estradiol, FSH, LH, testostérone.

Imagerie

Une échographie pelvienne sus-pubienne et endovaginale, et un doppler pelvien sont réalisés en première intention. En cas de normalité chez l'adolescente et la femme avant 45 ans, l'étiologie fonctionnelle de l'hémorragie est probable.

Nom : **Prénom :** **DN :**

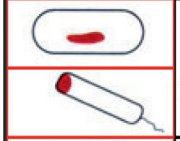
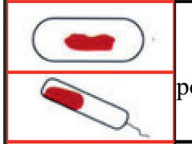
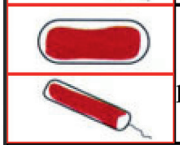
Date :	**Jour de règles**								
Serviette ou Tampon	**1e**	**2e**	**3e**	**4e**	**5e**	**6e**	**7e**	**8e**	**Points**
 1 point / linge									
 5 points / linge									
 20 points / linge									
Caillots									
Débordement									
								Total points	

Fig. 39.2 Score de Higham 7 : score d'évaluation objective des ménométrorragies. Durant les règles, il faut noter chaque jour le nombre de linge (serviette ou tampon) dans la case correspondant au degré d'imprégnation en sang. En additionnant les points à la fin des règles, on obtient la valeur du score de Higham. Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml de sang (définition de la ménorragie). *(D'après : Ploin M. Ménométrorragies : un symptôme souvent difficile à appréhender par le gynécologue. Genesis, numéro spécial, février 2003.)*

Le médecin généraliste adresse au gynécologue :
- les femmes présentant une cause organique dépistée par les examens de premier recours dans l'objectif de réaliser une exploration endocavitaire par hystéroscopie et parfois une IRM pelvienne ;
- les femmes de plus de 45 ans pour une biopsie de l'endomètre en raison du risque de cancer de l'endomètre.

Étiologie des hémorragies génitales fonctionnelles

En période péri-pubertaire, il peut s'agir de troubles de l'hémostase, d'hyperestrogénie tumorale et, le plus souvent, d'insuffisance lutéale liée aux anovulations.

En période d'activité génitale, les causes générales sont dominées par l'acromégalie et les pathologies thyroïdiennes.

Les causes les plus fréquentes sont iatrogènes :
- arrêt prématuré d'une pilule estroprogestative ;
- contraception progestative orale, implantée ou intra-utérine ;
- traitement estrogénique insuffisamment contrebalancé par les progestatifs ;
- traitements anticoagulants.

Chez une femme ménopausée sous traitement hormonal substitutif (THS), l'atrophie de l'endomètre peut être responsable de saignements minimes. En l'absence de THS, les variations hormonales autour de la ménopause peuvent être responsables de saignements. Le risque de cancer de l'endomètre justifie les explorations.

Prise en charge des hémorragies génitales fonctionnelles

La prise en charge des étiologies générales n'est pas abordée ici.

Dans tous les cas, un traitement martial est prescrit en cas d'anémie ferriprive.

Pendant l'adolescence

Le traitement symptomatique repose sur les antifibrinolytiques [9] (acide tranexamique) et les AINS.

Le traitement étiologique vise à compenser l'insuffisance lutéale. Le choix peut se porter sur un progestatif lutéomimétique ou atrophiant ou sur un contraceptif à 30 µg d'éthinylestradiol.

En période d'activité génitale

En cas de désir immédiat de grossesse, le traitement repose sur l'acide tranexamique et les AINS.

En l'absence de désir de grossesse, le choix se fait entre :
- le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel ;
- les contraceptifs oraux estroprogestatifs ou progestatifs.

Pendant la ménopause

Après s'être assuré de l'absence de cancer de l'endomètre, le principe est de rétablir la balance estroprogestative. La posologie du progestatif est augmentée dans le cas d'une patiente sous TSH. Il est prescrit dans le cas contraire.

Infections génitales

Les médecins de premier recours sont sollicités pour des écoulements anormaux par l'orifice vaginal. Les patientes utilisent le terme de « pertes » pour qualifier ces leucorrhées.

Exceptionnellement, les leucorrhées peuvent provenir d'une affection néoplasique de l'appareil génital. Cette étiologie est envisagée devant la présence d'une lésion vaginale ou cervicale suspecte ou d'une leucorrhée d'origine cervicale persistante après traitement d'une infection. Cette situation n'est pas abordée ici.

Chez une patiente ménopausée, l'atrophie par carence hormonale peut provoquer des leucorrhées. Le traitement est hormonal.

L'entretien permet de faire la distinction avec les leucorrhées physiologiques. Celles-ci sont dues aux sécrétions de la glaire cervicale et des glandes de Skène et de Bartholin. Elles n'engendrent aucune irritation et sont inodores. Elles sont augmentées autour de la date de l'ovulation. La patiente est interrogée sur le caractère inhabituel des leucorrhées. Leur abondance peut parfois être source de gêne, surtout en cas d'ectropion cervical. Ceci peut être une justification d'ablation d'un ectropion.

La flore normalement dominante dans le vagin est le bacille de Döderlein. Ce lactobacille s'oppose à la colonisation des germes pathogènes dans le vagin et à la prolifération des espèces minoritaires, notamment des levures.

La normalité des sécrétions et l'existence d'une flore protectrice sont rappelées aux patientes, afin d'éviter une hygiène excessive et des irrigations vaginales qui favorisent des infections génitales basses.

Les patientes consultent également pour un prurit ou une brûlure vulvaire ou vaginale.

Stratégie diagnostique devant une patiente se plaignant de signes évoquant une infection génitale [10]

L'**entretien** renseigne sur :
- les caractéristiques de l'écoulement ;
- les signes d'accompagnement :
  - le prurit évoque la présence de levures ;
  - les brûlures évoquent la présente de *Trichomonas* ;
  - les métrorragies et les douleurs pelviennes évoquent une infection génitale haute ;
- les circonstances de survenue : grossesse, pose d'un DIU, maladie générale ou traitements favorisants, rapports sexuels non protégés ;
- l'existence de signes chez le ou la partenaire.

L'**examen clinique** précise l'aspect de la vulve, l'existence de lésions de grattage ou de vésicules, l'aspect et l'odeur des leucorrhées. Il recherche une lésion ou une inflammation du col ou une douleur anormale pelvienne ou des culs-de-sac vaginaux. Il permet des prélèvements pour analyse bactériologique et mycologique.

Les **prélèvements** adressés au laboratoire recherchent :
- les germes dits « banaux » : recherche de levures, de pyogènes, de *Trichomonas*, présence de flore de Döderlein ;
- les IST : *Chlamydia trachomatis*, gonocoque, *Mycoplasma genitalium* par PCR.

Ces germes peuvent également être recherchés par autoprélèvement réalisé par la patiente au cas où le prélèvement en consultation ne soit pas possible pour des raisons techniques. Ils sont réalisés dans le col en cas de suspicion d'infection génitale haute.

Indications de la réalisation de prélèvements vaginaux :
- signes cliniques atypiques ;
- signes cliniques d'infection génitale haute ;
- urétrite chez le partenaire ;
- échec d'un premier traitement ou récidive précoce des symptômes.

En cas d'infection sexuellement transmissible, une prise de sang est prescrite pour réaliser les sérologies VIH, hépatite B et syphilis. En cas de suspicion d'infection génitale haute, il est rajouté CRP et numération-formule sanguine.

La découverte de tout germe transmis par voie sexuelle justifie un dépistage large des autres infections sexuellement transmissibles.

Étiologie des infections génitales basses et prise en charge [10]

Vaginose bactérienne

Cette affection très fréquente se caractérise par un développement de diverses espèces bactériennes aux dépens de la flore de Döderlein. Le prélèvement trouve soit un germe responsable, soit une absence de flore de Döderlein, soit les deux.

Les leucorrhées sont grises et malodorantes. Le traitement repose sur le métronidazole, 2 g per os en dose unique.

Les récidives font rechercher les causes de déséquilibre de la flore : excès d'hygiène, traitement hormonal essentiellement.

Candida albicans et autres mycoses

Le symptôme majeur est le prurit. Les leucorrhées sont souvent grumeleuses. La muqueuse sous-jacente est rouge vernissée et œdématiée.

Le traitement repose sur les imidazolés en crème et ovules vaginaux.

En cas de récidive, il convient de :
- rechercher une cause favorisante comme une hygiène excessive ;
- éliminer un herpès par un prélèvement sur milieu spécifique en début d'accès ;
- réaliser un antimycogramme [10] ;
- rechercher une cause générale comme le diabète ou la prise d'antibiotique récente ;
- envisager un traitement de longue durée par voie vaginale.

Neisseria gonorrhoeae

Cette infection sexuellement transmissible est aussi responsable d'infection génitale haute.

Les leucorrhées sont purulentes. L'existence d'une cervicite ou une urétrite chez le partenaire masculin font évoquer le diagnostic et la biologie confirme la présence du gonocoque. Le traitement est ceftriaxone 500 mg IM en dose unique. Le traitement du partenaire est systématiquement évoqué.

Trichomonas vaginalis

Cette infection sexuellement transmissible due à un parasite produit des leucorrhées spumeuses malodorantes. Le traitement repose sur le métronidazole, 2 g en prise unique.

Chlamydia trachomatis et *Mycoplasma genitalium* et autres mycoplasmes

C. trachomatis et *M. genitallium* sont sexuellement transmissibles, souvent peu symptomatiques et potentiellement responsables d'infections génitales hautes et d'infertilité.

Les autres mycoplasmes font partie de la flore vaginale commensale. Ils peuvent être responsables de pathologies obstétricales et sont traités dans ce cadre. Le traitement repose sur l'azithromycine, 1 g en prise unique.

Infections génitales hautes

Ce terme recouvre les infections utérines et annexielles.

Certaines formes peu symptomatiques risquent d'évoluer à bas bruit vers une stérilité tubaire ou des douleurs pelviennes chroniques. Le dépistage et le traitement des infections génitales basses permettent de prévenir cette évolution.

Il peut également s'agir de germes transmis par une manœuvre endo-utérine ou d'une infection de voisinage d'origine digestive.

Le diagnostic repose sur l'existence de leucorrhées, parfois de métrorragies, de douleurs pelviennes, et d'un syndrome infectieux biologique. Les prélèvements vaginaux et les sérologies recherchent le germe responsable. Le bilan comprend en outre des β-hCG, un ECBU, une échographie pelvienne.

Ces examens permettent d'éliminer les différents diagnostics différentiels et de déterminer le caractère non compliqué autorisant la prise en charge à domicile.

Le traitement de première intention des infections génitales hautes non compliquées associe ofloxacine et métronidazole pendant 14 jours à une injection unique de 500 mg de ceftriaxone.

- Les leucorrhées physiologiques sont l'expression d'une bonne imprégnation hormonale.
- La vaginose bactérienne et la candidose ne sont pas dues à une contamination externe mais à un déséquilibre de la flore.
- En cas de récidive, penser aux facteurs favorisants : grossesse, diabète, traitements hormonaux, excès d'hygiène.
- En cas d'infection sexuellement transmissible, le bilan biologique recherche les autres germes sexuellement transmissibles et élimine une infection génitale haute.
- En cas de résistance au traitement, penser à la possibilité d'un cancer génital.
- Les infections génitales hautes non compliquées peuvent être prises en charge à domicile.

Références

[1] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : Étude des Eléments de COsultation en médecine GENérale. exercer 2014 ;25(114):148–57.

[2] Dias S. État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse d'exercice. Paris: UFR de médecine Paris-Diderot ; 2010.

[3] Grange Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Thèse d'exercice. Bordeaux: UFR des sciences médicales ; 2015.
[4] Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery 2009 ;25(5):500–8.
[5] Al-Abbadey M, Liossi C, Curran N, et al. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. J Sex & Marital Ther 2016 ;42(2):99–142.
[6] Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'endométriose. Démarche diagnostique et traitement médical. Saint-Denis: HAS ; 2017.
[7] Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol 1990 ;97(8):734–9.
[8] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. CNGOF-net book Chapitre 10. Item 41 – UE 2 – Hémorragies génitales chez la femme. [En ligne]. Paris: CNGOF ; 2016. Disponible sur http://www.cngof.net/E-book/.
[9] Haute Autorité de santé. Commission de transparence. Avis EXACYL (acide tranexamique). [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2013. Disponible sur www.has-sante.fr/.
[10] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. CNGOF-net book Chapitre 21. Infections génitales de la femme. Leucorrhées. [En ligne]. Paris: CNGOF ; 2016. Disponible sur http://www.cngof.net/E-book/.

Chapitre 40

Patientes et risque de cancer féminin

Yannick Ruelle, Sylvie Erpeldinger

PLAN DU CHAPITRE

Entretien avec la patiente 381
Examen physique 383
Examens complémentaires 383
Prévention et décision partagée 384

Tous les cancers féminins (sein, col de l'utérus, ovaire, endomètre) font l'objet de démarches de prévention de certains facteurs de risque. Le dépistage de certains d'entre eux (sein, col de l'utérus) est proposé par le médecin généraliste. Un déroulé de consultation centrée sur la prévention des cancers féminins est proposé ici.

Entretien avec la patiente

L'entretien permet de repérer des facteurs de risque modifiables ou non (tableau 40.1).

Repérage des facteurs de risque non modifiables

Cancer du col de l'utérus

C'est un cancer de la femme jeune avec un âge moyen de 51 ans au moment du diagnostic. Les principaux facteurs de risque sont infectieux avec une responsabilité démontrée de l'infection à papillomavirus (HPV) dans la plupart des formes de ce cancer. Les co-infections et l'immunodépression, congénitale ou acquise, sont des facteurs de risque de persistance de l'infection à HPV mais leur rôle dans la carcinogenèse a un niveau de preuve faible.

Cancer de l'endomètre

Il s'agit d'un cancer de la femme plus âgée avec un âge moyen de 68 ans au moment du diagnostic. L'hérédité jouerait un rôle dans 10 % des cancers, notamment le syndrome de Lynch. La durée d'exposition aux estrogènes endogènes (ménarche précoce, ménopause tardive, nulliparité) est un facteur de risque bien étudié.

Cancer du sein

C'est un cancer de la femme d'âge intermédiaire avec un âge moyen de 63 ans au moment du diagnostic. Les principaux facteurs de risque en dehors du sexe (99 % des cancers du sein sont retrouvés chez la femme) sont l'âge, les antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, de l'ovaire et de l'endomètre, les antécédents personnels d'hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique, l'irradiation thoracique à haute dose avant l'âge de 30 ans et les prédispositions génétiques essentiellement liées à des mutations familiales *BReast CAncer* (*BRCA1* ou *BRCA2*). Les facteurs hormonaux comme l'apparition avant 11 ans de la ménarche et une ménopause tardive (55 ans et plus) sont des facteurs favorisant l'apparition d'un cancer du sein.

Cancer de l'ovaire

Il s'agit d'un cancer de la femme âgée avec un âge moyen de 65 ans au moment du diagnostic. L'hérédité jouerait un rôle dans 15 à 20 % des cancers de l'ovaire de haut grade. Il s'agit de mutations génétiques familiales (*BRCA1* ou *BRCA2*) avec une apparition du cancer chez la femme plus jeune (avant 60 ans). Le pronostic est meilleur du fait de son caractère chimiosensible. Plus rarement, il peut s'agir d'un syndrome de Lynch. Les facteurs hormonaux comme la ménarche précoce, la ménopause tardive, augmentent le risque du cancer de l'ovaire.

Cancer de la vulve

C'est un cancer de la femme de plus de 70 ans. Les facteurs de risque sont représentés par les infections par HPV, les antécédents personnels de néoplasie intraépithéliale vulvaire, de lésions cutanées vulvaires comme le lichen

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Tableau 40.1 **Facteurs de risque des cancers féminins.**

		Col de l'utérus	Endomètre	Sein	Ovaire	Vulve
Facteurs intrinsèques	**Âge moyen**	51 ans	68 ans	63 ans	65 ans	70 ans
	Hérédité	PLD	Syndrome de Lynch	*BRCA1* ou *BRCA2* Antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, ovaire, endomètre	*BRCA1* ou *BRCA2* Syndrome de Lynch	PLD
	Règles	PLD	Anovulation chronique Ménarche précoce	Ménarche précoce	Ménarche précoce	PLD
	Âge ménopause	PLD	Ménopause après 55 ans	Ménopause après 55 ans	Ménopause après 55 ans	PLD
	Nombre de grossesses	PLD	Nulliparité	Nulliparité	Nulliparité	PLD
	Infection	HPV impliqué dans 70 à 90 % des cancers	PLD	PLD	PLD	HPV
	Comorbidités	VIH favorise la persistance de l'infection HPV	HTA Diabète SOPK	Antécédents personnels d'hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique	PLD	Lichen scléreux Hyperplasie squameuse Maladies granulomateuses chroniques Carcinome épidermoïde du vagin, du col et de l'anus
Facteurs extrinsèques	**Âge des premiers rapports et nombre de partenaires**	PLD	PLD	PLD	PLD	PLD
	Alimentation	PLD	Obésité	Obésité	Obésité	PLD
	Traitements	COEP et immunodépresseurs favorisent la persistance de l'infection à HPV	Traitement hormonal substitutif sans progestérone Tamoxifène Radiothérapie pelvienne	COEP Traitement hormonal substitutif	PLD	PLD
	Tabac	Associé au développement du cancer	PLD	PLD	PLD	Associé au développement du cancer
	Alcool	PLD	PLD	Majore le risque	PLD	PLD
	Sédentarité	PLD	Majore le risque	Majore le risque	PLD	PLD
	Facteurs sociaux	PLD	PLD	Travail de nuit chez les femmes non ménopausées majore le risque	PLD	PLD
Références		[17–19]	[8, 17]	[17]	[17]	[17]

PLD : pas de lien démontré ; COEP : contraception estroprogestative ; HTA : hypertension artérielle ; SOPK : syndrome des ovaires polykystiques.

scléreux, l'hyperplasie squameuse et les maladies granulomateuses chroniques, et de cancer du col de l'utérus, de l'anus et du vagin.

Repérage des facteurs de risque modifiables

Pour le cancer du col de l'utérus, il existe une influence de la contraception orale sur la persistance de l'infection à HPV. L'association entre tabac et cancer du col de l'utérus est rigoureusement démontrée.

Dans le cancer de l'endomètre, le médecin généraliste peut repérer plusieurs facteurs de risque, notamment l'exposition aux estrogènes de synthèse (contraception orale, traitement hormonal substitutif, tamoxifène) et les comorbidités (HTA, diabète, surcharge pondérale, sédentarité).

Dans le cancer du sein, l'alcool, l'obésité et l'absence ou le peu d'activité physique sont des facteurs favorisant

l'apparition d'un cancer. Il en est de même pour les facteurs hormonaux comme la nulliparité, une première grossesse tardive (30 ans et plus) et l'absence d'allaitement. Le surrisque du traitement hormonal substitutif de la ménopause est corrélé à la durée, au mode (continu ou intermittent) d'utilisation, au type (estrogène seul ou associé à la progestérone) et à sa galénique (locale ou générale). Le surrisque de cancer du sein associé à l'utilisation d'une contraception orale diminue après son arrêt et n'impacterait pas la mortalité par cancer du sein.

Dans le cancer de l'ovaire, le surpoids et l'obésité ainsi que la nulliparité sont des facteurs de risque. En revanche, une contraception orale, une grossesse, un allaitement, une ligature des trompes, une salpingectomie bilatérale sont des facteurs protecteurs.

Dans le cancer de la vulve, un tabagisme important serait un facteur de risque.

Repérage des fragilités sociales

Le cancer du col de l'utérus touche particulièrement les femmes les moins favorisées sur le plan socio-économique. Il s'agit d'un marqueur fort des inégalités sociales de santé, du fait d'un moindre recours aux soins. Ainsi, dans une étude française récente, les femmes à plus faible revenu participaient moins au dépistage du cancer du col de l'utérus [1]. En revanche, le suivi régulier par un médecin généraliste réduisait cette inégalité.

Le travail de nuit (au moins 3 h entre minuit et 5 h 00) augmente le risque de cancer du sein chez les femmes non ménopausées qui ont travaillé plus de deux nuits par semaine pendant plus de dix ans. Ce risque diminue après son arrêt [2].

Examen physique

Palpation mammaire

Les recommandations actuelles françaises préconisent un examen mammaire par un professionnel de santé tous les ans chez toutes les femmes de 25 ans et plus. Pour les femmes à risque élevé, l'examen est recommandé à partir de 20 ans. L'évaluation de la palpation mammaire repose sur peu d'études avec, chez les femmes à haut risque, une sensibilité de détection du cancer du sein faible (3 à 50 %) et une spécificité de 95 à 99,5 % [3]. Ces résultats ont amené les recommandations internationales, en particulier anglo-saxonnes, à ne plus recommander cet examen. Si l'examen mammaire est réalisé, il comprend une inspection des seins associée à une palpation minutieuse et méthodique sur la totalité de la glande mammaire et des aires ganglionnaires de drainage mammaire.

L'autopalpation mammaire a une performance très faible. Les essais cliniques issus d'une revue Cochrane ont montré que les femmes randomisées dans le groupe d'autoexamen avaient près de deux fois plus de risque d'avoir une biopsie sans bénéfice en termes de mortalité par cancer du sein [4]. Cependant, les femmes doivent être informées que des modifications de leurs seins (rougeur, écoulement, rétraction) impliquent une consultation médicale sans retard.

Examen gynécologique

L'examen gynécologique annuel (examen visuel, toucher vaginal, examen au speculum) fait partie, en France, d'une forme de rituel du suivi gynécologique. Or, dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'endomètre, l'examen gynécologique n'a aucun intérêt démontré [5]. L'examen gynécologique est par ailleurs régulièrement vécu de manière défavorable par les femmes [6]. Aussi, chez une femme asymptomatique, incluant donc le dépistage des cancers, l'examen gynécologique ne devrait-il jamais être pratiqué, en dehors des examens périodiques de dépistage, se limitant aux prélèvements, sans toucher vaginal notamment.

Examens complémentaires

Prélèvement cervico-utérin

Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'a jamais fait l'objet d'essai contrôlé randomisé. Son développement progressif a reposé sur des études observationnelles relatant la diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus au fur et à mesure de l'augmentation de la pratique de dépistage. Le petit nombre de facteurs de risque peut cependant plaider en faveur d'un lien entre les deux. Les recommandations actuelles préconisent des tests et des intervalles de dépistage différents en fonction de l'âge (tableau 40.2).

L'intégration du test HPV en dépistage primaire nécessite un respect des intervalles car des tests HPV effectués avant 30 ans ou trop fréquemment, exposent les femmes à une surmédicalisation délétère.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est désormais organisé, avec envoi d'invitations et de relances aux femmes non dépistées. La participation au dépistage organisé permet aux femmes de bénéficier d'un remboursement à 100 % pour l'analyse de laboratoire, la consultation et l'acte de prélèvement restant soumis au ticket modérateur. Il est donc fondamental pour le médecin généraliste d'intégrer les

Tableau 40.2 **Recommandations de dépistage du cancer du col de l'utérus [20].**

	Âge	
	25–30 ans	**30–65 ans**
Prélèvement	Prélèvement à la brosse (frottis cervico-utérin)	
Test réalisé par le laboratoire	Cytologie	Test HPV
Rythme de dépistage	Tous les 3 ans	Tous les 5 ans
Conduite à tenir en cas de test anormal	Colposcopie (Si ASC-US, test HPV et colposcopie si positif)	Cytologie Colposcopie si cytologie anormale ou ASC-US Test HPV à un an si cytologie normale (et colposcopie si le test HPV reste positif à un an)

ASC-US : *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance,* atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée.

patientes dans ce dépistage organisé, notamment les plus précaires.

Le médecin généraliste s'assure également de la qualité du rendu des résultats, notamment pour la cytologie. Ainsi, les résultats cytologiques doivent être rendus selon la norme Bethesda 2014 [7]. Deux éléments sont intéressants pour le praticien : la qualité du prélèvement (satisfaisante ou non) et le résultat de la cytologie. Une cytologie non satisfaisante pour interprétation est reprélevée sans délai. Il est à noter que la seule absence de cellules endocervicales ne nécessite pas de nouveau prélèvement, si le prélèvement a été considéré comme satisfaisant.

Biopsies endométriales

Certains auteurs recommandent des biopsies endométriales systématiques annuelles chez les femmes présentant une prédisposition au syndrome de Lynch [8]. Cependant, le niveau de preuve est faible.

Mammographie

Recommandations

Le programme de dépistage organisé en France cible depuis 2004 les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier [9]. Elles sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie numérique (deux clichés par sein, face et oblique) et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé. Si aucune anomalie n'est décelée, la mammographie est ensuite systématiquement relue par un second radiologue expert. Lorsqu'une anomalie est décelée, le radiologue premier lecteur effectue immédiatement un bilan diagnostique.

Les femmes à risque élevé de cancer du sein ne sont pas éligibles pour le programme national de dépistage organisé du cancer du sein et doivent bénéficier d'un suivi personnalisé [10].

Les limites liées au dépistage sont le surdiagnostic, le surtraitement, les cancers manqués, les cancers d'intervalle et les cancers radio-induits. En France, l'incidence du cancer du sein a augmenté de 94 % entre 1990 et 2018. La mortalité par cancer du sein a diminué de 1,3 % par année au cours de la même période [11].

Controverse

Le surdiagnostic du cancer du sein — défini comme la détection d'un cancer du sein qui serait resté parfaitement asymptomatique pendant toute la vie de la patiente — varie, selon les données internationales, entre 0 et 30 % [12]. Gotzsche et Jorgensen estiment, dans une méta-analyse de 2013, que *« pour 2 000 femmes invitées à participer à un dépistage au cours d'une période de 10 ans, un décès par cancer du sein sera évité et 10 femmes en bonne santé qui n'auraient pas été diagnostiquées si elles n'avaient pas participé au dépistage seront traitées inutilement. En outre, plus de 200 femmes se trouveront dans une situation de détresse psychologique, d'anxiété et d'incertitude importantes pendant des années en raison de résultats faussement positifs »*.

Ceci pose la question des lésions tumorales non invasives (CCIS) et de leur fréquence. La diminution des cas de surdiagnostic et de surtraitement passera par une amélioration des connaissances sur ces lésions en physiopathologie et en imagerie médicale. De plus, une prise en compte plus fine du risque individuel de cancer du sein pourrait être également une piste d'amélioration du dépistage et est en cours d'étude.

Le médecin généraliste apporte une information actualisée de ce dépistage aux patientes en consultation. Des outils d'aide à la décision existent à l'étranger [13]. En France, des institutions publiques [14] ou des sites associatifs [15] délivrent des informations sur ce dépistage. Un outil d'aide à la décision partagée français est en cours de création [16].

Tests génétiques

Dans le cancer de l'endomètre, un conseil génétique peut être pertinent chez les femmes à risque d'un syndrome de Lynch.

Dans le cancer du sein, chez les femmes pour qui une forme héréditaire de cancer du sein (évaluée par le score d'Eisinger) est suspectée, une consultation oncogénétique est recommandée [10].

Prévention et décision partagée

Les interventions dans une approche centrée sur le patient visant à modifier le mode de vie sont utiles pour limiter les risques selon les cancers. L'impact de différents traitements (contraception, THS) sur le risque de cancer est expliqué.

Au-delà des recommandations, une évaluation individuelle du risque de cancer par le médecin généraliste est indispensable. L'information sur le risque et le bénéfice attendu pour chaque intervention proposée est claire et loyale. Il est souligné que le dépistage n'est jamais anodin et place la patiente, potentiellement, dans un parcours de santé compliqué et parfois inutile.

À l'issue, un suivi personnalisé selon les choix et les priorités de chacune des femmes reçues en consultation est mis en route.

Références

[1] Camacho JCM, Benmarhnia T, Coeuret-Pellicer M, Menvielle G. Décomposition des inégalités sociales de recours au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en France. Données de la cohorte Constances. Rev Epidemiol Santé Publique 2018;67(S1):S56.

[2] Cordina-Duverger E, Menegaux F, Popa A, et al. Night shift work and breast cancer: a pooled analysis of population-based case-control studies with complete work history. Eur J Epidemiol 2018;33(4):369–79.

[3] Halapy E, Chiarelli AM, Klar N, Knight JA. Accuracy of breast screening among women with and without a family history of breast and/or ovarian cancer. Breast Cancer Res Treat 2005;90(3):299–305.

[4] Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2003 2003;(2), CD003373.

[5] Evans D, Goldstein S, Loewy A, Altman AD. No. 385 - Indications for Pelvic Examination. J Obstet Gynaecol Can 2019;41(8):1221–34.

[6] Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77(4):422–8.

[7] Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. Cancer Cytopathol 2015;123(5):271–81.

[8] Renaud MC, Le T. N° 291 - Épidémiologie et explorations visant la présence soupçonnée d'un cancer de l'endomètre. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(9):e712–22.
[9] Institut national du cancer. Dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage organisé. [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa; 2019. Disponible sur https://www.e-cancer.fr.
[10] Haute Autorité de santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) : Dépistage et prévention du cancer du du sein. Saint-Denis: HAS; 2015.
[11] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 : Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019.
[12] Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2009;4, CD001877. Update in: Cochrane Database Syst Rev 2011;1, CD001877.
[13] Harding Center for Risk Literacy. Early detection of breast cancer by mammography screening. Potsdam: Harding Center for Risk Literacy; 2019. Disponible sur : https://www.hardingcenter.de/en/early-detection-breast-cancer-mammography-screening [consulté le 27 avril 2021].
[14] Institut national du cancer. Dépistage du cancer du sein : avantages et inconvénients. [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa; 201. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr.
[15] Rose Cancer. Site d'information sur le dépistage du cancer du sein. Jouy-aux-Arches: Cancer Rose; 2015. Disponible sur : https://cancer-rose.fr/.
[16] Rat C, Aubin-Auger I, Ferrat E, et al. DEDICACES : Décision partagée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein en soins premiers. Tours: Congrès du Collège national des généralistes enseignants; 2018. Disponible sur : https://www.cnge.fr/congres/congres_annuel_du_cnge_tours_2018/cnge_2018_recherche_dedicaces_decision_partagee_da/.
[17] Institut national du cancer. Les cancers en France. Édition 2015. Boulogne-Billancourt : INCa; 2016.
[18] Duport N, Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances – Actualisation 2008. Saint-Maurice: InVS; 2008.
[19] Gandini S, Botteri E, Iodice S, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. Int J Cancer 2008;122(1):155–64.
[20] Haute Autorité de santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67. Saint-Denis: HAS; 2019.

Chapitre 41

Les problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Élodie Million

PLAN DU CHAPITRE

Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de la famille de ses patients 389
Difficultés liées à l'histoire familiale et à la vie de couple 390
Mettre en place dans la durée les conditions d'une relation de soins avec les membres de la famille 400
Accompagner et orienter 401
Conclusion. 401
Annexe 402

Le médecin généraliste, ou médecin de famille pour nos collègues canadiens, a régulièrement en charge le suivi et l'accompagnement de familles entières, du nourrisson à l'arrière-grand-mère. Cette situation est prégnante dans l'exercice rural et semi-rural comme dans l'exercice plus urbain. Au fil des années, le médecin généraliste évolue avec ses patients et étoffe sa connaissance de leur famille : il peut suivre le nourrisson d'une jeune femme qu'il a lui-même vacciné contre le papillomavirus lors de son adolescence. La systémique familiale correspond aux interrelations entre les membres de la famille. Le médecin généraliste a la connaissance de cette systémique familiale, il connaît la biographie familiale et souvent la vie de couple de ses patients. Certains patients sont réticents à partager des informations avec leur médecin traitant lorsqu'il prend en charge l'ensemble de la famille ; d'autres sont rassurés par une relation de confiance construite sur la durée et par la grande connaissance de cette biographie familiale. La place du médecin généraliste est différente selon sa position dans l'accompagnement familial. Cette implication peut être recherchée par le patient ou proposée par le médecin généraliste, particulièrement lorsque des difficultés surviennent : dynamique familiale perturbée, conflits intrafamiliaux, situations de violences et d'abus intrafamiliaux. Le médecin généraliste est souvent le médecin de famille et garde en tête ses obligations de mise en sécurité de ses patients en cas de violences.

Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de la famille de ses patients

Secret médical

Le secret médical est un droit du patient[40]. Il regroupe les données médicales, cliniques et biographiques, telles que les relations familiales et l'histoire de vie. Ce droit au secret médical permet au patient de faire confiance au médecin traitant qu'il a choisi même s'il suit d'autres membres de sa famille.

Lorsqu'un enfant reçoit des soins, le parent ou responsable légal doit donner son accord, sauf en cas d'urgence, à la mise en place des soins et absence des parents.

Il n'y a pas de secret médical entre un parent et son enfant. Cependant certaines circonstances particulières imposent au médecin le secret médical entre un parent et son enfant, si l'enfant le demande :

- en matière de contraception ;
- en cas de demande d'IVG[41], mais la jeune fille doit être accompagnée d'un majeur ;
- si l'enfant ne souhaite pas que ses parents soient informés de son état de santé ou des soins qui lui sont prodigués[42].

[40] Code pénal, art. 226-13 et 226-14, et Code de la santé publique, art. L. 1110-4.
[41] Loi sur la contraception du 4 juillet 2001.
[42] Loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Pour autant le médecin doit s'efforcer de convaincre l'enfant d'informer ses parents ;

- en cas de mineur en danger ou risquant de l'être et en cas de maltraitance : à condition de ne dénoncer que les faits[43] et non les auteurs allégués [1].

Dans ces circonstances particulières, le médecin généraliste pourra être en difficulté lorsqu'il connaît et suit l'ensemble de la famille. Le principe de secret est rappelé à chaque occasion, afin que chacun des patients membres de la famille se sente libre de s'exprimer. Parfois certains patients, et certains mineurs, préfèrent s'adresser à un autre professionnel. Ces circonstances particulières de garantie du secret médical à un mineur et l'obligation d'accord des responsables légaux pour les soins sont difficiles à mettre en œuvre lorsque la systémique familiale est complexe voire dysfonctionnelle, comme en cas de séparation difficile entre les parents de l'enfant.

La situation particulière des parents séparés peut complexifier les soins d'un enfant, particulièrement quand les relations des ex-partenaires sont difficiles. La loi distingue deux types de soins dans ce cas : les soins relevant d'une intervention médicale bénigne et les actes médicaux sérieux. L'autorité parentale est exercée en commun par les parents mariés, vivant en commun, séparés ou divorcés (sauf en cas privation de l'autorité familiale ou décision contraire d'un juge lors d'une séparation). En cas d'intervention médicale bénigne (non définie clairement…), «*chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant*»[44]. Dans tous les autres cas, le consentement des deux parents est nécessaire et c'est au médecin de s'assurer que les deux parents sont informés. Le médecin recueille alors le consentement oral des deux parents sauf pour une hospitalisation ou intervention chirurgicale où il doit être écrit [2].

La question du secret ne se pose pas en cas de suspicion de sévices envers un mineur. Il y a même une obligation pour le médecin à alerter les autorités judiciaires[45].

Approche centrée sur le patient

Le médecin généraliste a une place variable dans l'accompagnement d'un couple ou d'une famille. Il peut suivre l'un des conjoints, suivre les deux conjoints, ne suivre que les adultes d'une famille, ne suivre que les enfants, suivre une partie des enfants et des adultes, suivre tous les enfants, les adultes, les grands-parents et plus encore (oncles, tantes, cousins…). Quelle que soit sa place dans l'accompagnement médical de la famille, c'est le patient qui décide toujours de ce qu'il souhaite ou non partager avec son médecin généraliste. Le médecin s'applique à comprendre la position que le patient souhaite lui donner et évalue ce qu'il peut proposer en restant congruent. La démarche de soin reste ainsi centrée sur le patient, plus que sur la famille elle-même. Le médecin peut choisir de poursuivre une prise en soins ou non en respectant la loi si le positionnement que souhaite lui donner son patient dans la systémique familiale ne lui convient pas. Dans ce cas, il propose l'accompagnement d'un confrère en remplacement du sien.

Difficultés liées à l'histoire familiale et à la vie de couple

La famille, le couple

La famille

Définition

Les définitions que l'on peut trouver de la famille sont multiples selon les sources utilisées. Le dictionnaire Larousse définit une famille comme « *un ensemble formé par le père, la mère (ou l'un des deux) et les enfants* ». Dans la législation française, il n'y a pas de définition claire. Les textes s'appuient sur les droits inhérents aux liens juridiques dans le couple ou la filiation. Selon l'INSEE, une famille est « *la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée d'un couple vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ou d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale)* ». En allant plus loin, une famille peut aussi être un groupe solidaire d'appartenance avec des individus qui vont interagir, se soutenir de part des liens sociaux tissés au niveau amical par exemple [3].

La définition d'une famille, de la famille de notre patient, ne se limite pas à une définition biologique avec une filiation uniquement fondée sur la génétique ou à une définition économique, statistique avec un foyer regroupant des membres vivant sous le même toit. La famille regroupe des adultes et parfois des enfants qui interagissent et tissent des liens, afin de construire ce que l'on nomme une systémique familiale qui a une influence sur la construction de chaque individu et aussi sur l'évolution de la systémique elle-même.

L'histoire familiale

Nous pouvons définir l'histoire familiale comme l'ensemble des événements passés et présents qu'ont pu vivre les membres d'une famille. Cette histoire familiale a permis de construire la systémique familiale actuelle par les interactions entre les membres de la famille au cours de ces événements de vie. Pour le médecin généraliste, la connaissance de l'histoire familiale apporte souvent un éclairage sur des émotions, des difficultés que peuvent vivre les adultes ou les enfants d'une famille. C'est évidemment le patient qui décide ou non de partager son histoire avec son médecin, l'histoire familiale ne pouvant se résumer à l'énumération des antécédents familiaux.

La place du médecin généraliste dans l'histoire familiale

Le patient peut donner une place à son médecin généraliste dans son histoire familiale. De cette place, le médecin analyse la systémique familiale et adapte ses échanges à cette connaissance ; particulièrement si l'un des membres de la famille partage ses difficultés dans une demande d'accompagnement psychologique.

[43] Code pénal, art. 226-14, et Code de l'action sociale et des familles, L. 226-2-2.
[44] Code civil, art. 372-2.
[45] Code de déontologie, art. 44.

Connaître l'ensemble de la famille du dernier-né aux grands-parents est le plus souvent une aide pour le médecin généraliste quand il accompagne son patient dans les difficultés qu'il traverse. C'est aussi une difficulté quand un conflit oppose plusieurs membres de la famille avec un discours différent de chacun des partis. Si une thérapie de soutien est souhaitée dans cette situation, il est souvent plus aisé de proposer que les deux partis soient accompagnés par deux médecins différents, particulièrement dans le cadre des violences conjugales.

Le couple

Définition

Comme pour la définition de la famille, la définition du couple n'est pas unique ; elle varie selon les sources utilisées et le champ choisi. Le dictionnaire Larousse définit le couple comme des « *personnes unies par le mariage, liées par un PACS ou vivant en concubinage* ». En droit français, comme pour la famille, il n'y a pas de définition claire du couple, qui représente plutôt deux personnes dont le statut d'union peut être le mariage, le PACS, le concubinage ou l'union libre. On ne parle donc pas de couple, mais de concubin, d'époux ou de partenaire. Chaque type d'unions génère des droits et des devoirs différents pour les membres du couple. Selon l'INSEE, il existe plusieurs définitions du couple : une personne est en couple si, âgée de 14 ans ou plus, elle a répondu positivement à la question « *Êtes-vous actuellement en couple ?* » de l'enquête Famille et logements de recensement réalisée depuis 2004. Cependant, dans les évaluations statistiques épidémiologiques de l'INSEE, « *un couple est composé de deux personnes de 15 ans ou plus, habitant le même logement et déclarant actuellement être en couple, quel que soit leur état matrimonial légal* ». Une autre définition est « *le couple au sein d'un ménage* » ; il correspond à « *un ensemble formé de deux personnes de 18 ans ou plus sauf exception, qui partagent la même résidence principale et qui répondent à au moins l'un des critères suivants : elles déclarent toutes les deux vivre en couple ou être mariées, pacsées ou en union libre.* »

La vie de couple

La société est en constante évolution, la définition du couple s'est élargie ou diluée pour inclure l'ensemble des modèles relationnels quel que soit le genre ou le statut juridique. Pour le médecin généraliste, la définition précise du couple n'a d'importance que du fait de l'impact qu'elle peut avoir sur la vie de son ou de ses patients. La vie de couple se rapproche de l'histoire familiale avec les événements passés et à venir, les interrelations entre les deux êtres qui le forme et leur environnement familial, social, professionnel.

La place du médecin généraliste dans la vie de couple de ses patients

Le médecin généraliste est souvent observateur de la vie de couple de ses patients. Son implication dans cette vie de couple dépend de la place que le ou les patients choisissent de lui donner, comme dans le cadre de la famille. Sa place est forcément différente s'il suit les deux membres du couple ou non. Elle peut même poser des difficultés dans le suivi en cas de conflit dans le couple si le médecin prend en charge des deux partenaires, particulièrement dans les cas de violence.

La systémique familiale

L'approche systémique familiale est un cadre conceptuel qui se fonde sur l'interdépendance des relations au sein des membres de la famille et pas seulement entre l'enfant et les parents : dans la fratrie, dans le couple, relation familiale coparentale [4]… Les modèles familiaux sociétaires ont évolué avec le temps et sont dépendants de la culture : monoparentalité, pluriparentalité, structure du couple parental, partage des rôles dans la famille, rituels, modèles éducatifs… Les relations interpersonnelles dans la famille et les représentations que les membres de la famille ou les professionnels qui les accompagnent s'en font, sont forcément influencés par l'époque et la culture. Dans l'analyse de la systémique familiale, la prise en compte des évolutions de notre société avec la multiplicité des modèles est nécessaire [3–5].

Le médecin est l'observateur des relations familiales. Il est souvent nécessaire pour lui d'analyser les articulations possibles entre les relations familiales : ce qui est observable et également les représentations qu'ont les partenaires de ces relations [4]. Différentes situations peuvent être observées dans la systémique familiale. Elles sont parfois génératrices de troubles chez les membres de la famille : troubles anxieux, dépression, troubles fonctionnels. Le médecin reste en alerte dans ces situations, afin de repérer des troubles graves.

Théorie de l'attachement

Dans les années 1960, Bowlby a développé la théorie de l'attachement qui proposait une conception du développement du lien social de l'enfant fondé sur la relation mère-enfant. La recherche a évolué et la théorie de l'attachement aussi, incluant progressivement l'attachement père-enfant et l'attachement fraternel. Les relations intrafamiliales, la systémique familiale ont une influence sur ces relations d'attachement. Le médecin prend en considération les représentations des membres de la famille de ces différentes relations pour mieux appréhender la systémique familiale [6].

Pluriparentalité

Les relations familiales ne se limitent pas à la relation conjugale, elles intègrent les relations parents-enfants, la pluriparentalité, les relations dans les fratries, avec les grands-parents et parfois les cousins, les oncles, tantes dans certains modèles familiaux élargis [4]. La connaissance de cette systémique familiale facilite le repérage et la mise en place d'actions de prévention ou d'intervention.

Composition familiale

La systémique familiale et son impact sur le développement des membres de la famille sont également pluriels, ne se limitant pas à un modèle ancien du couple marié avec des enfants.

La famille est multiple, avec des spécificités culturelles et des possibilités de lien familial diverses : famille recomposée, composition de couple diverse, enfant adopté, fratrie

séparée, parents décédés, famille élargie avec parfois des spécificités culturelles ou religieuses… Le médecin généraliste a souvent une connaissance de ces modèles et s'y appuie pour construire l'accompagnement de ces patients en restant dans une approche personnalisée centrée sur le patient.

Conflit intrafamilial

Lorsque la systémique familiale ne génère pas de situation pathologique chez ses membres et que chacun d'eux peut évoluer de façon adaptée et sécurisée selon ses choix dans l'environnement, le médecin est assez peu sollicité. Mais quand des conflits intrafamiliaux émergent, ils déstabilisent la systémique familiale et certains membres de la famille peuvent avoir un retentissement psychologique qui va compromettre son évolution sécurisée au sein de la famille et de la société. Cette difficulté est fréquente chez les enfants qui peuvent développer des troubles anxieux ou fonctionnels quel que soit leur âge. Ces troubles peuvent avoir un retentissement négatif sur les apprentissages de l'enfant ou sur les choix de vie de l'adolescent et du jeune adulte. Les perturbations de la systémique familiale ont aussi un retentissement chez les adultes avec un impact psychologique et aussi professionnel, économique et social, que le médecin recherche.

Les conflits dans le couple, les conflits parent-enfant ou encore les conflits dans la fratrie ont un impact sur la systémique familiale, sur la relation parent-enfant et également sur les relations dans les fratries, et ce quelle que soit l'implication initiale du patient dans le conflit. En dehors de situation de retentissement pathologique de ces conflits, le médecin généraliste est peu sollicité directement par les membres de la famille. Il reste attentif aux signes d'alerte de conflit intrafamilial et de dysfonctionnement de la systémique familiale. Quel que soit le motif de consultation, le médecin généraliste garde une posture empathique et ouverte afin que son patient se sente en confiance, libre d'échanger autour de cette situation s'il le souhaite.

Dans une famille, les relations parent-enfant sont souvent complexes avec une modulation normale du lien quand l'enfant grandi et lors de la période de l'adolescence, avec ses oppositions souvent marquées.

Les relations avec un adolescent sont souvent plus conflictuelles car l'adolescent quitte l'enfance pour entrer dans une phase de changement biologique, psychologique et social. Cette dynamique de transformation génère une instabilité qui peut favoriser le conflit avec les parents ou la fratrie [7]. À l'adolescence, les besoins d'expérimentation, les prises de risques et le besoin d'identification personnelle comme d'émancipation du modèle parental peuvent donc générer des conflits. Le médecin généraliste s'attache à repérer les troubles psychologiques et le risque suicidaire à l'aide du test BITS (Brimades, Insomnies, Tabac, Stress), qui peut être systématique pour toute consultation d'adolescent [8].

Certains enfants requièrent des besoins éducationnels et relationnels plus spécifiques. C'est le cas, par exemple, des enfants avec un trouble du neurodéveloppement comme des troubles déficitaires attentionnels et hyperactivité (TDAH). Ce besoin accentué de présence parentale comme les situations parfois conflictuelles entre parent ou fratrie et enfant peuvent aussi déstabiliser la systémique familiale. Les diagnostics et prises en charge de ces troubles sont souvent longs, laissant les familles en difficulté avec des conflits pouvant émerger. Le médecin généraliste est attentif au risque de maltraitance envers l'enfant dans ces situations de conflit.

Encore une fois, la place du médecin généraliste est celle que souhaitent lui donner les membres de la famille. Les échanges au sujet d'une systémique familiale difficile et de conflit sont plus faciles si le praticien garde une attitude d'ouverture, dans une approche centrée sur le patient, en prenant le temps de voir chaque membre de la famille séparément, y compris l'enfant si cela est possible. L'expression des difficultés est déjà un premier pas vers la gestion du conflit.

L'impact familial d'un conflit est différent selon qu'il s'agit d'un conflit familial aigu ou d'une situation conflictuelle ancrée dans la systémique familiale. En cas de conflit aigu, le médecin généraliste peut être sollicité dans le cadre d'une relation d'aide. Il est important d'accompagner le patient dans la gestion et la résolution du conflit, afin que la situation ne désorganise pas la systémique familiale au risque de chroniciser le conflit. Dans le cas d'un conflit aigu avec une systémique familiale adaptée et bienveillante, la résolution du conflit est facilitée avec une temporalité différente selon les familles. Dans un conflit familial chronique avec une modification pérenne de la systémique familiale, les situations pathologiques peuvent émerger : le conflit chronique dans la famille peut mettre en situation de souffrance l'un ou l'autre membre de la famille. Le médecin généraliste est alors particulièrement attentif à cette systémique dysfonctionnelle qui peut favoriser le développement de troubles médicaux.

Situations de violence intrafamiliale

Violence et maltraitance

Violence

Selon l'Organisation mondiale de la Santé : « *La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.* »

Selon le droit français, la violence est l'acte délibéré ou non, provoquant chez la victime, un trouble physique ou moral comportant des conséquences dommageables pour la personne ou pour ses biens[46].

Alessandra Duc Marwood et al. rappellent que « la clinique de la violence est une clinique de la transgression des limites : l'auteur de violences choisit un mode de communication qui n'est pas autorisé, fait effraction dans la sphère psychique, sexuelle, physique, culturelle, religieuse et/ou économique de sa victime » [9].

Maltraitance

En 1987, le Conseil de l'Europe définit la maltraitance comme une violence se caractérisant par « *tout acte ou omis-*

[46] Code civil, art. 887, 1111 et s., 2233.

sion commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière».

En 1992, le Conseil de l'Europe a complété la définition de maltraitance par une classification en plusieurs catégories :

- «*Maltraitances physiques : agressions qui atteignent l'intégrité corporelle (coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, tentative de meurtre et meurtre, dont euthanasie) (…)*»;
- «*Maltraitances psychiques ou morales : atteinte de l'intégrité psychique. On peut observer : langage irrespectueux ou dévalorisant (insultes…), absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, humiliation, critiques incessantes, prédictions négatives («tu n'y arriveras jamais»), comportement d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales, exigences inappropriées, menace d'abandon, indifférence, chantage affectif…*;
- «*Maltraitance sexuelle : toute transgression de la sphère intime et sexuelle. Par exemple, une exposition forcée à la sexualité (exhibitionnisme, visionnage forcé d'images pornographiques…), une stimulation sexuelle directe et passage à l'acte sexuel ou une exploitation sexuelle*;
- «*Maltraitances matérielles et financières : contrôle excessif et privation d'argent du/de la conjointe. […] On retrouve : vols, escroqueries diverses, locaux inadaptés…*;
- «*Maltraitances médicales ou médicamenteuses. On observe par exemple : défaut de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, non-prise en compte de la douleur, syndrome de Münchhausen par procuration (…).*».

Violence conjugale

Les violences conjugales concernent l'ensemble de la famille avec un impact sur chacun de ses membres : la femme, l'homme et l'enfant peuvent être victimes et auteurs.

Dans notre société, les violences envers les femmes sont mises en avant par la sévérité des violences et leurs conséquences, qui ont un impact majeur en termes de santé publique. Il ne faut pas occulter l'existence de violences conjugales envers les hommes, même si leur prévalence est moindre. En 2012, 2,5 % des femmes âgées de 18 à 75 ans et 1,3 % des hommes, déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles intrafamiliales [10].

L'INSEE définit la violence conjugale comme «*un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour perpétuer et/ou promouvoir des relations hiérarchisées et de domination. Ces comportements agressifs et violents ont lieu dans le cadre d'une relation de couple (entre deux époux, conjoints ou ex-partenaires) et sont destructeurs quels que soient leur forme et leur mode*» (Violence.fr/Institut de l'humanitaire).

On peut ajouter que les comportements violents et agressifs peuvent être de nature physiques, psychologiques, sexuelles ou économiques. Les violences conjugales doivent être distinguées d'un simple conflit entre partenaires du fait du «*caractère inégalitaire de la violence exercée par l'un des deux partenaires qui veut dominer, asservir, humilier l'autre*» [11].

Dans le couple

En Europe, une femme sur cinq a été victime de violence physique et/ou sexuelle et près d'une sur deux a été victime de violences psychologiques. En France, une femme sur dix a subi des violences conjugales et une femme meurt tous les deux jours sous les coups de son partenaire ou ex-partenaire. En moyenne, en 2019, une femme est décédée tous les deux à trois jours, victime de son compagnon ou ex-compagnon [6, 10–11].

La violence faite aux femmes

En décembre 1993, l'ONU a donné une définition de la violence faite aux femmes qui «*désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée*» [12].

Parmi les violences conjugales constatées en France, les femmes subissaient des pressions psychologiques (25 % des femmes), des agressions verbales (4 %), des agressions physiques (2,3 %) et les violences sexuelles (1 %) ; 24 % des femmes victimes considéraient le médecin comme le premier recours en cas de violence. La prévalence des violences psychologiques sans marque physique visible impose au médecin généraliste de poser la question de façon systématique aux femmes quel que soit leur motif de consultation [10].

La violence faite aux hommes

La violence faite aux hommes dans le couple est difficile à repérer et évaluer. Les hommes sont encore plus réticents que les femmes à révéler être victimes. Seuls 3 % des hommes versus 10 % des femmes portent plainte en cas de violence conjugale [10].

Les violences faites aux hommes sont essentiellement psychologiques plus que physiques, mais les études restent peu nombreuses [10]. Les violences faites aux hommes ne doivent pas être niées par les professionnels, cependant sa prévalence ainsi que ses conséquences physiques graves voire mortelles sont moins importantes que dans le cas de violences faites aux femmes. Ceci permet de comprendre que l'attention sociétaire et médicale soit portée de façon plus importante vers la prévention et le repérage des violences faites aux femmes.

Facteurs de risque de violence conjugale

Des facteurs de risque de survenue de violence conjugale ont été identifiés dans la littérature scientifique [10] (tableau 41.1). Ces facteurs de cause et d'aggravation des violences conjugales sont cependant sujets à controverses du fait de leur faible niveau de preuve. Dans la littérature, il est admis que les prévalences de violences conjugales sont affectées par certains facteurs qui ne sont pas uniquement liés à la victime. Il s'agit d'une interrelation entre les risques de la victime, de l'auteur des violences, la relation du couple

Tableau 41.1 **Facteurs de risques de violences conjugales.**

FDR individuel d'être une femme victime de violence	FDR individuel d'être l'auteur de violence	FDR relationnels dans le couple de violence conjugale	FDR communautaires de violence conjugale
Âge < 45 ans Abus de drogue et d'alcool Dépression, anxiété et troubles de la santé mentale Situation de handicap ou de maladie chronique Grossesse et période périnatale Plus de 3 enfants dans la famille Niveau socio-économique faible Dépendance financière Isolement social Témoin ou victime de violence dans l'enfance	Jeune âge Abus de drogue et d'alcool Troubles de la personnalité Témoin ou victime de violence(s) dans l'enfance	Conflit dans le couple Séparation conflictuelle Instabilité du couple Insatisfaction dans le couple Domination masculine dans la famille Stress économique, précarité	Faible condamnation de la violence domestique Faible niveau socio-économique communautaire

comme la systémique familiale ancrée dans un contexte sociétal et culturel jouant également un rôle. Pour le praticien, il est pertinent de connaître ces facteurs de risque liés à une augmentation de la prévalence des violences conjugales. Il peut, dans ces situations, augmenter sa vigilance et son repérage. Cependant, la connaissance de ces facteurs de risque potentiels ne doit pas occulter la nécessité de dépistage systématique. Les violences conjugales touchent en effet toutes les catégories socio-économiques et culturelles, tous les âges et toutes les configurations familiales.

Retentissement des violences conjugales

La violence intraconjugale a un impact majeur sur la santé et la vie de la victime : impact social, économique et professionnel, impact médical. Les femmes victimes de violences présentent 60 % de problèmes médicaux de plus que les femmes non victimes.

Mortalité des violences conjugales

Le taux de mortalité lié aux violences conjugales est à prendre en considération pour appuyer l'importance de leur repérage. En effet, en 2011, 146 personnes sont décédées lors d'un acte criminel entre conjoint ou ex-conjoint, soit 17 % des violences et homicides volontaires en France sur la même année. Parmi ces 146 décès, on retient : 80 meurtres (62 femmes, 18 hommes) et 59 meurtres avec préméditation (53 femmes, 6 hommes) [10].

Conséquences médicales des violences conjugales

Les conséquences médicales des violences retrouvées alertent le médecin généraliste dans son repérage des violences conjugales (tableau 41.2).

Conséquences des violences conjugales sur les enfants de la famille

Dans le cadre d'un homicide par violences conjugales, les enfants peuvent être témoins ou impliqués avec un retentissement sur leur état physique et psychique. En 2011, parmi les 146 décès : 15 enfants ont été témoins, 11 ont appelé les secours, 29 étaient présents au domicile [10]. En 2011, 83 % des enfants des couples impliqués dans les violences conjugales vivaient au domicile. Parmi eux, 82 % ont été témoins, 15 % ont été maltraités en même temps que la victime.

Les enfants témoins de violences conjugales, quel que soit leur degré d'implication dans la situation familiale, peuvent développer différents troubles physiques ou psychiques à court et à long terme : troubles du sommeil, troubles alimentaire, anxiété, dépression, troubles psychosomatiques, troubles du langage, troubles du comportement et des conduites, ainsi que des conduites à risques à l'adolescence ou à l'âge adulte. Ces enfants témoins ou victimes sont plus à risque de développer des comportements de violence conjugale à l'âge adulte [10].

Au niveau législatif, la présence d'un mineur qui a assisté aux faits est une circonstance aggravante.

Maltraitance infantile

En France, les données épidémiologiques de la maltraitance infantile sont mal connues. En 2016, 295 357 enfants faisaient l'objet d'une mesure de protection soit environ 2 % des moins de 18 ans. Dans les pays à niveau socio-économique proche de celui de la France, les études montrent que 4 à 16 % des enfants sont victimes de violence physique chaque année et 1 enfant sur 10 est victime de négligence ou de violence psychologique [14].

L'OMS désigne les « *violences et négligences envers toute personne de moins de 18 ans* » comme suit : « *La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligeant, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* »

Les maltraitances envers un enfant sont classées en deux types :

- la violence ou maltraitance par commission : actes ou comportement entraînant un dommage avéré, potentiel ou une menace de dommage ;
- les négligences ou maltraitance par omission : incapacité et échec à répondre aux besoins physiques, affectifs, psychologiques ou éducatifs de base de l'enfant, ou à le protéger d'un danger.

En France, la maltraitance est définie par la loi par « *le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement*

Tableau 41.2 **Conséquences des violences conjugales sur la santé des victimes [10–13].**

Conséquences	Prévalence chez les victimes	Description
Lésions traumatiques	33 % (Dont 5 % définitives)	Contusion Brûlure Fracture Trouble sensoriel…
Troubles psychiques	Multipliée par 5 (Sauf suicide : Multiplié par 11)	Anxiété Dépression (dont dépression du post-partum) Suicide Troubles psychosomatiques Troubles du sommeil Troubles alimentaires Troubles cognitifs Syndrome post-traumatique
Troubles gynécologiques	Multipliés par 3	Lésions Infections Hémorragies vaginales Douleurs pelviennes Dyspareunie Comportements sexuels à risque IVG IST
Troubles obstétricaux	3 à 11 %	Lésions traumatiques abdominales et mammaires Grossesse non désirée Hémorragies Ruptures utérines Décollement placentaire FCS Troubles sur l'enfant à naître (RCIU, mort fœtale in utero…) Troubles sur l'enfant à la naissance (prématurité)
Troubles dentaires		Fracture dentaire ou de prothèse récidivante Plaie de la face ou des muqueuses buccales Troubles de l'occlusion dentaire Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire
Pathologies chroniques		Aggravation du fait de : – empêchement de consulter ou de prendre son traitement – troubles de la concentration avec oubli du traitement
Autres		Plaintes multiples Polyalgies Fibromyalgie Asthénie inexpliquée Mésusage des médicaments

physique, affectif, intellectuel et social)»[47]. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance) [14].

La maltraitance envers enfant se produit dans 80 % des cas au sein de la famille.

Facteurs de risque de maltraitance infantile

Certaines situations (tableau 41.3) sont plus à risque de maltraitance infantile et, comme pour les violences conjugales, elles ne sont pas exclusives et n'empêchent pas le médecin de repérer la maltraitance infantile dans d'autres contextes et dans d'autres systémiques familiales. Les facteurs socio-économiques ne rentrent pas en cause dans les facteurs de risque.

Signes évocateurs de maltraitance infantile ou de risque de maltraitance infantile

Il y a une différence entre une maltraitance infantile avérée et une situation à risque de maltraitance. Le médecin n'a pas la même attitude dans ces deux situations. Les signes cliniques et les signes d'alerte ne sont pas les mêmes selon l'âge des enfants. Dans une démarche préventive, et avec sa place privilégiée dans le suivi des familles, le médecin reste attentif aux signes évoquant un passage à la maltraitance de la part des adultes envers un enfant. Lors des consultations des nourrissons, le médecin généraliste porte une attention particulière à l'épuisement parental. L'épuisement parental est souvent le corollaire de pleurs inconsolables du nourrisson rapportés par les parents. Un risque de maltraitance existe dans ce cas avec, entre autres, le syndrome du bébé secoué [14].

La HAS rappelle qu'à tout âge il existe des signes pouvant évoquer une maltraitance. En priorité, la parole de l'enfant est toujours à prendre en compte : si l'enfant ou l'adolescent dénonce des faits de maltraitance envers lui-même, il doit être écouté. Si un parent ou un tiers révèle des faits de maltraitance envers un enfant, le professionnel doit approfondir la situation pour un meilleur repérage. D'autres signes sont évocateurs de maltraitance :

- une lésion incohérente avec l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué ou

Tableau 41.3 **Facteurs de risque de maltraitance infantile [14].**

Risque lié à l'enfant	Risque lié au(x) parent(s)
Prématurité Enfant de moins de 3 ans Troubles du développement Troubles du comportement Handicap	Tout événement rendant difficile l'attachement au nouveau-né : – Dépression du post-partum – Séparation à la naissance – … Troubles psychopathologiques Addictions Isolement social Violences conjugales Antécédent personnel de violence dans l'enfance

[47] Code civil, art. 375, Annexe 1.1.

lorsque l'explication est différente selon la personne interrogée [14] ;
- un retard de recours aux soins ;
- des plaintes récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées) ;
- des antécédents d'accidents domestiques répétés ;
- une ou plusieurs tentatives de suicide de l'enfant ;
- des fugues et des conduites à risque ;
- une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation ;
- des faits de maltraitance dans la fratrie.

Le médecin généraliste est vigilant aux signes physiques et comportementaux de l'enfant évocateurs de maltraitance [14].

Signes physiques

- Certaines ecchymoses : chez un enfant qui ne se déplace pas, sur les parties concaves du corps ou sur des zones habituellement non exposées, des ecchymoses multiples ou de grande taille, des ecchymoses reproduisant l'empreinte de main ou d'objet.
- Les contusions (ecchymoses et hématomes) quelle que soit la localisation.
- Certaines brûlures : à bord net (immersion), en forme spécifique (cigarette), dans les plis, sur les zones habituellement protégées (fesses, périnée), abrasion des poignets ou chevilles (contention).
- Les morsures.
- Certaines fractures : chez un nourrisson, toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie comme un accident de la route ; à tout âge : les fractures multiples d'âges différents.
- Toutes lésions viscérales avec un mécanisme de survenue annoncé incompatible avec la gravité de la lésion.
- L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses…).

Des signes comportementaux

- Toute modification inexplicable du comportement habituel de l'enfant à l'école, la maison, lors d'activités extrascolaires et avec ses amis.
- Un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même avec évitement du regard.
- Des troubles du sommeil, des cauchemars.
- Des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie).
- Un comportement d'opposition, avec agressivité, ou, inversement, recherche de contact ou d'affection sans discernement.
- Une gentillesse excessive avec les étrangers, y compris avec les professionnels de santé.
- Une labilité comportementale ou émotionnelle.

Le médecin généraliste a une place majeure dans le repérage de la maltraitance infantile car il prend en charge les familles, suit et peut connaître la systémique familiale. Lors des consultations avec un nourrisson ou un enfant, il a une attention particulière sur la relation parent-enfant, afin de repérer des signes possibles de maltraitance psychologique :
- chez le nourrisson : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- à tout âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales [14].

La **négligence** fait partie des maltraitances infantiles. Le médecin généraliste recherche des signes de négligences lourdes : sur l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Des signes évocateurs de maltraitance peuvent être retrouvés chez les adultes, l'entourage de l'enfant. Le médecin généraliste recherche [14] :
- **des signes comportementaux de l'entourage vis-à-vis de l'enfant** :
  - entourage intrusif dans la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant ;
  - parent indifférent vis-à-vis de l'enfant lors de la consultation ;
  - parent ou adulte ayant une proximité corporelle inadaptée avec l'enfant ;
  - parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés ;
- **des signes comportementaux de l'entourage vis-à-vis des intervenants** :
  - minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dires de l'enfant ;
  - dénigrement ou accusation de l'enfant ;
  - refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable ;
  - recours aux soins excessif ;
  - attitude agressive envers les professionnels de santé.

La **maltraitance sexuelle envers un mineur** est le fait de forcer ou d'inciter un mineur à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique et/ou l'exploiter sexuellement. Il n'existe pas de signe clinique spécifique mais il faut rechercher les signes de maltraitance infantile générale et/ou psychologique. Quelques signes complémentaires peuvent orienter le praticien : signes au niveau de la sphère génito-anale, surtout chez l'enfant prépubère, tels que les saignements, les pertes génitales, les irritations génitales, les douleurs génitales ou anales et les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère [14].

Pour réaliser un dépistage systématique de la maltraitance infantile, la place du médecin généraliste qui suit l'enfant et la famille est importante. Il pratique un examen clinique complet, sur un enfant entièrement déshabillé quel que soit le motif de consultation.

L'entretien avec l'entourage de l'enfant est indispensable au repérage de la maltraitance. En cas de doute, et si l'enfant est d'accord, un entretien seul avec l'enfant est recommandé. Pour faciliter les échanges, on commence par s'intéresser à l'école, la maison, les loisirs, les amis ou la famille. Comme toujours, le médecin généraliste privilégie les questions ouvertes. Cet échange avec l'enfant lui permet de s'exprimer spontanément sur des actes de maltraitance ou permet au médecin généraliste de rechercher des discordances entre des lésions et les explications données par les parents, par exemple. La difficulté de ces consultations est liée au fait que le médecin généraliste peut suspecter l'accompagnant d'être l'auteur ou le témoin des actes de maltraitance envers

l'enfant. Le professionnel doit dans ce cas évaluer le degré d'urgence à signaler des faits de maltraitance et la nécessité de protéger l'enfant immédiatement si nécessaire.

Conséquences des maltraitances infantiles

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant. La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

Le syndrome du bébé secoué a des conséquences gravissimes pour le nourrisson, allant des lésions responsables de retards mentaux, de crises d'épilepsie, de troubles visuels graves au décès. Ces lésions auront forcément un impact sur la scolarité et les apprentissages de l'enfant ainsi que sur sa vie affective et professionnelle future [15].

La maltraitance infantile de façon plus générale a des conséquences physiques et psychiques sur l'enfant et l'adulte qu'il deviendra. Des études retrouvent des liens statistiquement significatifs entre maltraitance infantile et mauvais état de santé à l'âge adulte, incluant l'hypertension artérielle ou le surpoids. Chez les jeunes filles ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance, on retrouve souvent des douleurs abdominales étiquetées fonctionnelles à l'âge adulte.

La survenue fréquente de troubles psychologiques tels que les syndromes anxieux ou dépressifs est retrouvée chez des adultes ayant subi des actes de maltraitance dans leur enfance.

De façon plus spécifique, la littérature retrouve un lien entre maltraitance physique dans l'enfance et différents troubles présentés à l'âge adulte : comportements agressifs et violents, comportements criminels, abus de toxiques, comportements autoagressifs et suicidaires, problèmes relationnels et difficultés scolaires ou professionnelles [15].

Le plus difficile est de retenir que les enfants ayant été maltraités sont plus à risque d'être maltraitants à leur tour à l'âge adulte.

Violence des enfants envers leurs parents

Plus rares, les situations de violence de certains enfants envers leurs parents existent. Il s'agit de situations chez des adolescents ou des adultes jeunes pouvant maltraiter physiquement et/ou psychologiquement leurs parents. Le contexte est souvent intriqué avec des conduites addictives ou à risque de la part de l'enfant, voire avec des situations de délinquance. Il est souvent difficile pour les parents d'admettre qu'ils sont victimes de maltraitance par leur enfant. Le médecin généraliste est un relais indispensable pour ces parents qui consultent souvent seuls pour d'autres motifs. Dans une relation de confiance tissée avec le médecin sur la durée, ils peuvent plus facilement se confier. La place du médecin généraliste est une place d'accompagnement, au même titre qu'en cas de violence conjugale dans le cas d'un enfant majeur. La situation est plus complexe dans le cas d'un adolescent mineur maltraitant. L'enfant peut être lui-même dans une situation psychologique ou médicale difficile nécessitant une prise en charge adaptée et une protection. Le médecin a peut-être une occasion de le voir pour un autre motif et peut ouvrir la porte — en respectant le secret médical envers le parent — à un échange sur cette situation de violence. Le secret de la consultation envers le parent même en cas d'adolescent mineur est rappelé. La place du médecin généraliste et sa connaissance de la systémique familiale sont un atout pour optimiser la prise en charge des membres de cette famille en souffrance.

Violence envers un adulte vulnérable

Selon le Code de déontologie médicale, une personne est considérée comme vulnérable « *s'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* »[48]. Dans le Code pénal, la violence envers personne vulnérable est définie de la manière suivante : « *Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies*[49]. » Les violences envers des enfants ou des adultes vulnérables autorisent une dérogation au secret médical afin de signaler les faits et mettre en sécurité les victimes[50].

Dans la systémique familiale, le médecin généraliste s'attache également à repérer des situations à risque de violences ou de maltraitance envers les adultes vulnérables comme les personnes âgées, les adultes en situation de handicap physique ou psychique et les femmes enceintes. Les femmes sont, dans ce cas, plus vulnérables et souvent le partenaire a une plus grande emprise sur elles avec une dépendance économique et affective de la femme en situation de handicap envers son partenaire.

Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences intrafamiliales

Les violences intrafamiliales ont un retentissement négatif majeur sur l'ensemble des membres de la famille, qu'ils soient victimes ou témoins. Les conséquences peuvent aller jusqu'au décès de la victime. Les professionnels de santé doivent se mobiliser pour repérer au plus tôt les violences intrafamiliales. La HAS recommande d'aborder systématiquement la question des violences conjugales en consultation et fournit des outils pour repérer et protéger les victimes [13].

Le médecin généraliste est souvent consulté par les familles pour un nombre de motifs très variés, allant du certificat de non-contre-indication à la pratique sportive, aux pathologies urgentes en passant par les consultations de prévention, les consultations de gynécologie, de suivi de l'enfant, les renouvellements de traitement, la prise en charge au long cours des maladies chroniques… Il est sollicité lors de difficultés psychologiques d'un des membres de la famille, allant d'un mal-être ou d'un syndrome anxieux passager jusqu'au syndrome dépressif avec idées suicidaires. Toutes ces consultations sont des occasions de repérage et de dépistage, particulièrement chez les adolescents et les adultes de moins de 50 ans qui consultent peu. Si les situations de maltraitance envers mineurs obligent à un

[48] Code de déontologie, art. 44.
[49] Code pénal, art. 222-14.
[50] Code pénal, art. 226-14.

signalement systématique, les violences envers majeur non vulnérable nécessitent une démarche de la part de la victime, le médecin ne pouvant intervenir juridiquement sans son accord. Le médecin accompagne et conseille la victime dans la démarche qu'elle souhaite entreprendre.

Lors de violence conjugale

Concernant les violences conjugales, de nombreuses recommandations proposent des questions simples à poser à la patiente de façon systématique. Ces questions permettent un repérage ou, au moins, une ouverture pour une discussion ultérieure. De nombreuses études montrent que le repérage des violences conjugales en consultation de médecine générale est possible et nécessaire.

Le repérage et le fait de nommer la violence permettent à la femme de se sentir écoutée, soutenue. Le praticien peut faire le lien avec des tableaux cliniques passés, présents ou futurs suspects. Il met en place une relation d'aide et oriente la femme selon ses souhaits. Le médecin est généralement sollicité pour la rédaction d'un certificat de coups et blessures ou lorsque la femme est en demande d'aide dans le cadre de ses difficultés psychologiques.

Un repérage plus large et plus systématique est pertinent [13, 16] en posant des questions systématiques, à adapter au contexte de la consultation :

- « Comment vous sentez-vous à la maison ? »
- « En cas de dispute, comment ça se passe avec votre conjoint(e) ? »
- « Comment votre conjoint(e) se comporte-t-il/elle avec vous ? »
- « Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? »
- « Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? »
- « Vous êtes-vous déjà senti(e) humilié(e) ou insulté(e) par votre partenaire ? »
- « Avez-vous peur pour vos enfants ? »
- « Avez-vous peur de votre partenaire ? »

Accompagnement : confiance et secret

Lors des consultations abordant des violences conjugales, le rappel systématique du secret est indispensable, surtout lorsque le médecin suit les deux partenaires. Le médecin généraliste se questionne sur sa capacité à accompagner au mieux les deux partenaires de façon optimale. Des écueils se présentent dans ce cas : risque de malaise lors des échanges de la part de l'un ou l'autre des patients par peur du jugement exacerbée par le fait que le médecin soit détenteur des deux versions concernant la situation de violence, capacité du médecin à accompagner l'auteur de violence en même temps que la victime, risque de croisement des deux partenaires en salle d'attente, risque de laisser échapper une information confidentielle envers l'un ou l'autre de ses patients.

Le médecin reste empathique et congruent. En cas de souhait de ne plus accompagner l'un de ses deux patients, il propose l'accompagnement d'un confrère.

Démarche d'alerte de la part du médecin

En cas de repérage de violence conjugale, le professionnel rédige systématiquement un certificat de coups et blessures. Il insiste auprès de sa patiente sur le fait qu'elle n'est pas dans l'obligation de le prendre mais qu'il reste à sa disposition dans son dossier en cas de besoin. La question de la plainte est également abordée, tout en gardant une attitude d'ouverture et d'empathie si la patiente refuse cette démarche. Le médecin rappelle à sa patiente la possibilité de revenir et d'échanger à nouveau sur cette situation ou sur ses retentissements psychologiques si elle le souhaite. En cas de présence d'enfant dans la famille, le médecin aborde directement la question du retentissement possible de la violence conjugale et reste attentif lors des prochaines consultations des enfants.

Il est recommandé au médecin de remettre les numéros relais indispensables au soutien et aux démarches. Le site officiel « arretonslesviolences.gouv.fr » est particulièrement clair et bien construit pour trouver ces ressources. Il existe une discussion en ligne, disponible 24 heures/24 et 7 jours/7, pour accompagner les victimes dans leurs démarches. Le numéro d'écoute est noté pour la patiente, dans l'idéal sur une ordonnance avec le lien du site. Des ressources sur le même site sont également à disposition des professionnels, incluant des modèles de certificat, des outils pédagogiques ou des affiches et dépliants pour les patientes.

Numéro national : **39 19** « Violence Femmes Info ».
Site : arretonslesviolences.gouv.fr.

Le médecin s'assure de la mise en sécurité de la patiente en cas de récidive, évalue son tissu relationnel et amical et peut l'aider à trouver un lieu refuge si nécessaire. Il est recommandé à la victime de violence de préparer un scénario en cas d'urgence pour mise en sécurité d'elle-même et de ses enfants [17] (cf. arretonslesviolences.gouv.fr) :

- Identifier des personnes pouvant lui venir en aide en cas d'urgence : amis, famille, habitant proche du domicile.
- Noter et apprendre par cœur les numéros de téléphone indispensable : SAMU 15, police 17, aide aux victimes 39 19.
- Expliquer aux enfants la conduite à tenir en cas d'urgence.
- Numériser et enregistrer dans une boîte courriel inconnue du conjoint ou déposer en lieu sûr certains documents (papier d'identité, carte de Sécurité sociale, bulletins de salaires, diplômes, documents bancaires, titres personnels de propriété…) et les éléments de preuve qui constituent le dossier (certificats médicaux, récépissé de dépôt de plainte ou main courante, décisions judiciaires…).
- Faire ouvrir un compte bancaire personnel à son nom de naissance avec une adresse différente de celle de l'auteur de violence.

Lors de maltraitance infantile

Depuis 2017, c'est le président du conseil départemental qui a la charge du recueil et du traitement de l'ensemble des

informations préoccupantes concernant des mineurs. Une information préoccupante concernant un mineur correspond à « *une situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement :*
- *pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ;*
- *ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être* »[51].

Il s'agit dans ce cas de suspicion de maltraitance et pas de violence avérée ou de danger immédiat.

Des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP), placées sous l'autorité du président du conseil départemental, centralisent ces informations. La situation du mineur est alors évaluée par ses services qui mettent en œuvre les actions nécessaires.

Cependant, lorsqu'un médecin constate des sévices sur mineur, il doit aviser directement et en urgence le procureur de la République pour le protéger au plus vite.

Dans l'urgence, il est parfois difficile pour le médecin généraliste de faire des recherches pour connaître les contacts à appeler en cas de déclaration d'information préoccupante ou de signalement au procureur. Il est donc recommandé d'anticiper et de garder à disposition au cabinet les contacts nécessaires. Pour trouver les coordonnées du CRIP de son département, les chemins sont différents pour chaque département. Le plus simple est de taper « CRIP » et « nom du département » sur un moteur de recherche Internet, puis de suivre les liens jusqu'aux coordonnées du CRIP à vérifier en dehors de l'urgence. Le procureur de la République peut être joint tous les jours, 24 heures/24. Cependant, les mêmes précautions que pour les coordonnées du CRIP sont recommandées. Pour trouver les coordonnées du Procureur de la République, il faut contacter le tribunal de grande instance dont dépend l'enfant. En dehors des heures d'ouverture du tribunal, il faut utiliser les services de police ou de gendarmerie.

Le médecin généraliste qui suspecte une situation de maltraitance sans mise en danger immédiate ou qui échange avec des patients qui suspectent une maltraitance dans leur entourage mais ne savent pas comment alerter communique le numéro de « Enfance en danger » : le 119. Un enfant peut les appeler pour être écouté.

Enfance en danger : **119**.

Rédaction du certificat et/ou courrier transmis au CRIP ou au procureur

Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle qu'aucune poursuite ni sanction disciplinaire, civile ou pénale n'est possible si le signalement ou la déclaration est effectué selon les règles (Code pénal, art. 226-14) [2].

[51] Code de l'action sociale et des familles, art. R. 226-2-2.

La HAS ajoute que « *protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale* » et que le médecin n'a pas à prouver la maltraitance ou en être certain pour le signaler.

Signalement et déclaration de situation préoccupante ne sont remis directement qu'au procureur et/ou au CRIP, jamais à un tiers ou aux parents. Le médecin conserve une copie des certificats et courriers dans son dossier et remplit méticuleusement le dossier de l'enfant dans son logiciel métier.

La difficulté pour le praticien est que les représentants légaux du mineur doivent être informés de cette transmission, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur. La position du médecin généraliste est délicate dans l'annonce du signalement aux parents car il suit souvent l'ensemble de la famille, mais cela ne doit pas retarder les démarches de protection de l'enfant victime.

Signalement au procureur de la République

Le médecin rédige un certificat avec : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité (voir le modèle de certificat de signalement présenté en Annexe 2). En cas d'urgence, le procureur peut être contacté par téléphone. Un double du certificat est transmis au CRIP. Le Conseil national de l'Ordre des médecins [2] et la HAS [14] proposent une fiche type de signalement d'enfant en danger téléchargeable en ligne. Le médecin peut aussi être amené à rédiger un certificat médical initial (ITT) qui ouvre des droits à réparation.

Déclaration de l'information préoccupante

Pour la CRIP, le médecin rédige un courrier et non un certificat. Le contact avec ce service peut aussi se faire par téléphone directement, mais un écrit est ensuite demandé. Dans la déclaration des éléments préoccupants, le médecin décrit les éléments, y compris médicaux, qui lui font penser que le mineur est en danger ou en risque de l'être. Les mêmes précautions que lors du signalement sont à prendre quant à la description de l'implication possible d'adultes.

Quand signaler au procureur de la République et quand déclarer une information préoccupante au CRIP ? (figure 41.1)

Déclaration d'une information préoccupante

La déclaration de situation préoccupante est réalisée en dehors des situations d'urgence. Les situations de suspicion de maltraitance à enfant sont souvent complexes et peuvent donc nécessiter des réflexions collégiales entre le médecin généraliste, la PMI et parfois le médecin scolaire. La CRIP peut également conseiller les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement à propos de la situation d'un enfant.

À la suite de l'analyse de l'information préoccupante, plusieurs démarches peuvent être mises en œuvre par la CRIP :
- mettre en route une action médico-sociale ;
- décider d'une mesure de protection de l'enfant ;

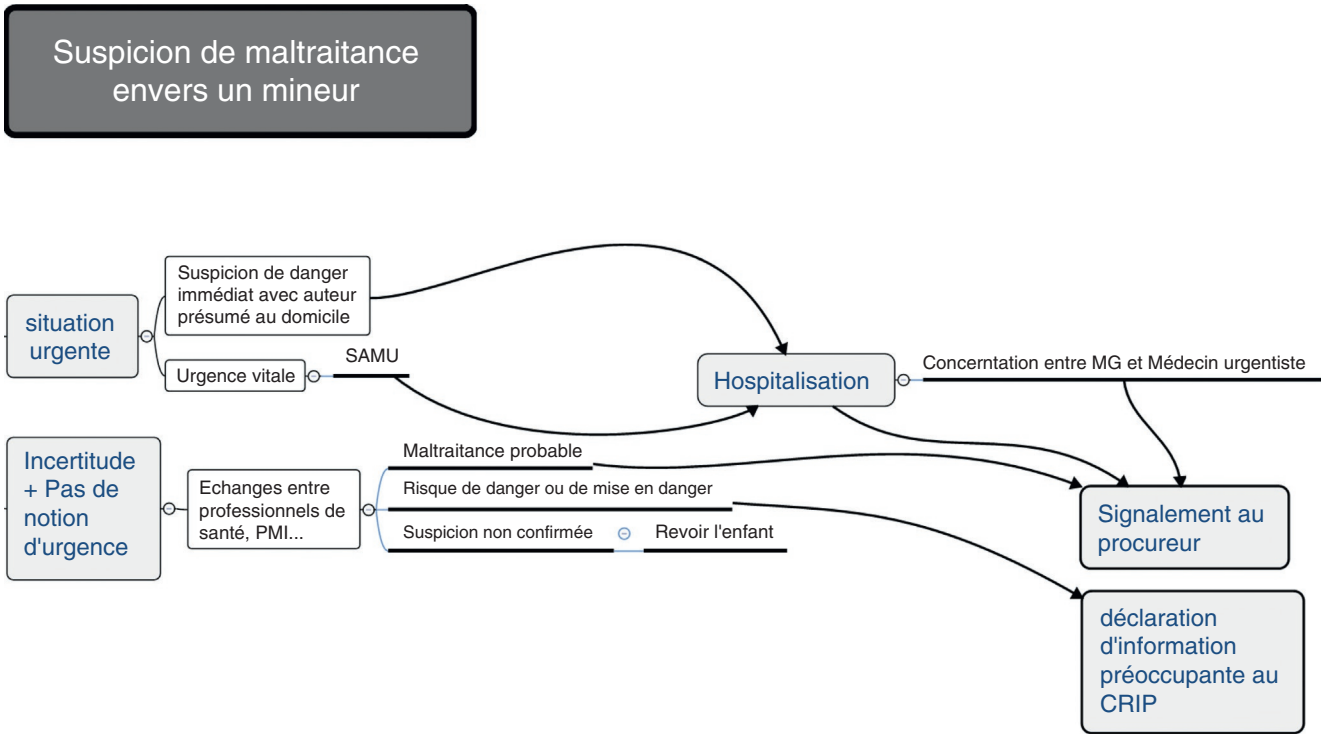


Fig. 41.1 Démarche d'alerte des institutions en cas de suspicion de maltraitance envers mineur.

- signaler elle-même les faits au procureur de la République ;
- parfois : pas de suite ; dans ce cas, le médecin généraliste restera attentif dans le suivi de l'enfant à d'autres signes possibles de maltraitance.

Signalement au procureur de la République

Le signalement au Procureur survient quand le médecin constate sur un mineur des sévices ou privations, sur le plan physique ou psychique, qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises[52].

Après l'analyse du signalement, le procureur décide des décisions à prendre pour protéger l'enfant.

Le médecin est tenu de protéger l'enfant [53].

Parfois, en plus du signalement, l'hospitalisation est nécessaire en urgence. Le transfert à l'hôpital se fera alors par le SAMU. Si un transfert par un autre moyen est envisagé, le médecin s'assure de l'arrivée de l'enfant au service des urgences. Le médecin des urgences est également prévenu par le médecin généraliste de l'arrivée de l'enfant et de la situation :

- lorsque l'enfant est un nourrisson ;
- lorsqu'il existe un risque médical important, voire vital ;
- lorsque la mise à l'abri de l'enfant est nécessaire (forte suspicion de maltraitance et auteur présumé au domicile de l'enfant).

Résumé

Comment signaler les violences intrafamiliales : figure 41.2.

[52] Code penal, art. 226-14.
[53] Code de déontologie art. 43 et 44.

Mettre en place dans la durée les conditions d'une relation de soins avec les membres de la famille

Il n'existe pas un outil unique pour le repérage des violences au sein des familles. C'est la parole qui permet de mettre en évidence un maximum de situations de violence intrafamiliale : poser des questions et surtout écouter les patients. Le médecin généraliste qui suit la famille peut croiser les perceptions et échanges de ses patients pour tenter de comprendre la systémique familiale, repérer les situations à risque de dysfonctionnement et à risque ultérieur de violence.

Il peut également voir et revoir plusieurs membres de la famille avec une attention particulière en cas de situation de crise familiale avec le risque qui peut en résulter : anxiété, dépression, conduite à risque…

Le patient n'est pas systématiquement en demande d'aide pour un accompagnement en cas de situation familiale difficile, et le médecin traitant peut lui rappeler à chaque occasion où il perçoit une fragilité, une vulnérabilité familiale que son cabinet et sa consultation sont ouverts pour lui permettre de venir échanger sur ses difficultés, s'il le souhaite, avec une posture d'ouverture et de non-jugement.

Le rappel de la confidentialité est systématique pour mettre en place un espace de parole sécurisé pour le patient.

Médecin de famille : frein ou levier à l'échange avec son patient ?

La position de médecin qui suit la famille est un atout du fait de la connaissance souvent importante de la systémique

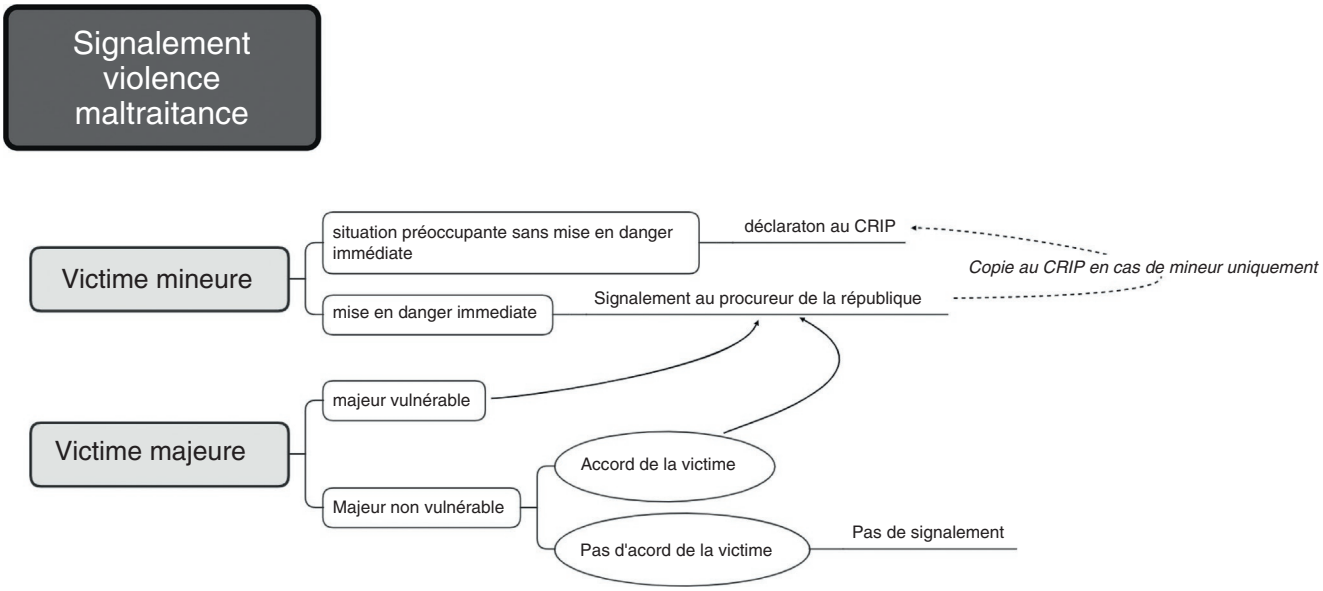


Fig. 41.2 Démarche d'alerte en cas de fait de violence/maltraitance.

familiale. Cependant, cette position de médecin de famille est aussi un frein pouvant empêcher des membres de la famille de s'exprimer. Ils peuvent craindre que les informations données au médecin ne soient partagées avec les autres membres de la famille suivis par le même médecin. L'importance du secret doit être rappelée dans chaque consultation même si la situation familiale semble adaptée. En cas de difficultés perçues par un des membres de la famille, il se sentira déjà en confiance et pourra échanger avec son médecin plus facilement.

Représentations du médecin généraliste de la famille

La posture du médecin traitant est identique en toute situation et dans une approche centrée sur le patient : empathie, ouverture, non-jugement. Il en est de même dans la prise en charge des membres d'une famille ou d'un couple. Le médecin laisse de côté ses représentations personnelles de la famille et accueille les modèles multiples présents dans nos sociétés. Les patients perçoivent cette ouverture et se sentent sécurisés. C'est dans cet environnement de confiance et de non-jugement que le repérage des troubles de la systémique familiale allant jusqu'aux violences peut se faire.

Accompagner et orienter

La systémique familiale idéale n'est pas un modèle unique et validé. Chaque famille possède une systémique qui lui est propre. Pour que la dynamique familiale ne soit pas génératrice de troubles pour ses membres ou de dysfonctionnements générateurs de pathologies, elle doit permettre à chacun de ses membres de grandir et progresser dans un contexte sécurisant quel que soit l'âge.

Il est important pour le médecin qui peut connaître l'ensemble d'une famille de favoriser également l'expression de l'individu, même s'il est mineur, en respectant les choix de chacun, afin de repérer au plus vite des dysfonctionnements.

Une situation de dynamique familiale dysfonctionnelle n'est pas systématiquement génératrice de troubles pour ses membres. Le médecin propose au patient qui consulte de l'accompagner s'il le souhaite en mettant en œuvre une thérapie de soutien, un accompagnement en entretien motivationnel ou alors un adressage à un psychiatre ou un psychologue.

En cas de systémique familiale pathologique avec situations de violences conjugales, de maltraitante envers enfant, le médecin généraliste respecte la loi et la déontologie pour mettre en œuvre au plus vite les mesures de protection.

Conclusion

Le médecin généraliste accompagne souvent des familles, chacune ayant sa propre systémique familiale. La connaissance de cette systémique familiale aide le médecin généraliste dans l'accompagnement des patients quel que soit leur âge. Elle permet au professionnel de mettre en œuvre une démarche de repérage systématique des situations à risque de violence intrafamiliale. Le médecin généraliste choisit la place qu'il souhaite avoir ou garder au sein de la famille de ses patients, particulièrement dans les situations de violence impliquant plusieurs membres de la famille.

Références

[1] Conseil national de l'Ordre des médecins. Le médecin face à la maltraitance [En ligne]. Paris: CNOM ; 2019. Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr/.

[2] Conseil national de l'Ordre des médecins. Bulletin d'information de l'ordre des médecins. Secret médical, entre droits des patients et obligation déontologique ; 2012.

[3] Vallon S. Qu'est-ce qu'une famille ? Fonctions et représentations familiales. VST - Vie sociale et traitements. Revue des CEMEA 2006 ;89:154–61.

[4] Pinel-Jacquemin S. L'approche systémique de l'attachement parent-enfant : la fin des différences interindividuelles ? Devenir 2012 ;24:1–313.
[5] Goldbeter-Merinfeld E, Vander Borght C. D'une culture à l'autre, d'une famille à l'autre. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2002 ;28:1–7.
[6] Guyot F, Courtanceau R, Salmona M. Violences conjugales et famille. Paris: Dunod « Psychothérapies » ; 2016. p. 15–22.
[7] Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. Lancet 2012 ;379(9826):1630–40.
[8] Binder P, Heintz A-L, Haller DM, Favre A-S, Tudrej B, Ingrand P, Vanderkam P. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco- stress test. Early Intervention in Psychiatry 2019 ;1–7.
[9] Duc Marwood A, Luy H, Mosig M, et al. Violences et traumatismes intrafamiliaux. Toulouse: ERES ; 2020. p. 25–38. « Relations ».
[10] Santé publique France. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique. Saint-Maurice: SPF ; 2018.
[11] Direction de l'information légale et administrative. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Vie publique.fr. [En ligne], Paris: Direction de l'information légale et administrative ; 2020. Disponible sur : www.vie-publique.fr/.
[12] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris: La Documentation Française ; 2001.
[13] Daligand L. Les violences conjugales. Paris: Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? » ; 2016.
[14] Haute Autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer-évaluer. Saint-Denis: HAS ; 2019.
[15] Haute Autorité de santé. Fiche mémo. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration. Saint-Denis: HAS ; 2014.
[16] Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. Revue française des affaires sociales 2013 ;1-2:32–50.
[17] Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes: une étude qualitative 2010 ;92:75–81. exercer.
[18] République française. Gouvernement. Site Arrêtons les violences ; 2020. Disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/.

Annexe

Sévices à mineur : exemple de certificat de signalement proposé par la HAS

L'article 44 du Code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices dont il est victime.

L'article 226-14 du Code pénal délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le Conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

– date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
– année :
– heure :

L'enfant :
– nom :
– prénom :
– date de naissance (en toutes lettres) :
– sexe :
– adresse :
– nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :
« _____
_____
_____
_____
_____
_____ »

L'enfant nous a dit que :
« _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ »

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
Oui
Non
(rayer la mention inutile)

– description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

– description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à , le

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Chapitre 42

Le patient et la santé au travail

Cyril Bègue

PLAN DU CHAPITRE

Généralités 407
Prendre en compte le travail. 408
Quand le travail participe à l'état de santé . . . 408
Quand des pathologies impactent le travail . . 411
Nécessité de collaborer 414
Grossesse. 415
Conclusion. 416

Généralités

Les médecins généralistes prennent en charge les patients en premier recours, de manière globale, dans la durée et selon une démarche biopsychosociale. Dans ce cadre, il est important de ne pas oublier la dimension « travail » pour les patients en activité. Il s'agit d'un déterminant de santé important et les problématiques de santé au travail sont fréquentes.

Le travail, déterminant de santé

Le travail est un déterminant important de la santé : ses conditions, son organisation ou encore les relations avec les collègues ou la hiérarchie peuvent avoir des conséquences aussi bien positives que négatives sur la santé des travailleurs.

Les repères concernant les conditions de travail en France, leur variabilité en fonction de la catégorie socio-professionnelle et leurs liens avec la santé sont importants à connaître.

Les conditions actuelles sont le résultat de la transformation du monde du travail au cours des décennies passées. L'émergence de l'économie numérique, la transformation des modèles organisationnels et managériaux ainsi que la financiarisation et la mondialisation de l'économie ont abouti à une intensification du travail, une dégradation des conditions de celui-ci, une insécurité socio-économique et à une individualisation des relations de travail. Dans le même temps, le vieillissement de la population, l'allongement des carrières et une demande sociétale d'amélioration de la qualité de vie au travail sont effectifs.

Les conditions de travail varient en fonction des catégories socioprofessionnelles : 8 % des cadres ont au moins trois contraintes physiques, pour 46 % des employés de commerce et de service et 63 % des ouvriers qualifiés [1]. En revanche, 74 % des cadres doivent s'arrêter pour effectuer une tâche imprévue contre 52 % des ouvriers qualifiés. Les professions intermédiaires, les employés administratifs et les employés de commerce et de services sont quant à eux plus exposés aux agressions de la part du public (25 % contre 15 % des cadres). Les ouvriers sont davantage exposés à la crainte de perdre son emploi (31 % contre 19 % des cadres) ; ils sont également davantage exposés à des substances cancérogènes.

Ces différences se retrouvent dans le recours aux arrêts de travail car « *les professions peu qualifiées présentent un taux de périodes d'absence plus élevé de 20 à 40 % et un taux de jours d'absence deux fois plus élevé que les cadres* » [2]. Ces différences de taux de périodes d'absence sont expliquées par des facteurs psychosociaux et dans une moindre mesure par des facteurs physiques et biomécaniques, sans que ne soient retrouvés des facteurs expliquant les différences en termes de jours.

Si certaines conditions de travail ont un impact sur la santé, le chômage a pour conséquence un « *désavantage important (…) en matière de santé perçue, de morbidité, de recours aux soins et de mortalité* » [3] et peut être considéré comme un risque pour la santé [4].

Si la digitalisation de l'économie est déjà en cours depuis quelques années, elle semble accélérée par l'épidémie de COVID-19. Cette mutation de l'économie pourrait avoir des conséquences multiples, tant positives que négatives. Elle pourrait réduire la part des postes physiquement exigeants, accroître la fréquence de certains facteurs de risque psychosociaux ou encore augmenter les inégalités [5].

Place du médecin généraliste dans la santé au travail

Le médecin généraliste est un des premiers professionnels de santé consultés en cas de problème de santé (87,6 % des Français voient au moins une fois un généraliste dans l'année). Il est important qu'il puisse accueillir une plainte pour laquelle le patient fait spontanément le lien avec le travail ou parfois, aider le patient à faire ce lien.

Les différentes compétences du médecin généraliste et les spécificités de sa pratique (approche globale, approche centrée sur le patient et dans la durée, approche biopsychosociale…) sont particulièrement adaptées à la prise en charge des problèmes de santé au travail.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Outre la prise en charge globale en vue de préserver la santé du patient, le médecin généraliste a plusieurs rôles spécifiques en termes de santé au travail :

- repérer la possible origine professionnelle d'une pathologie et ainsi participer indirectement à l'évolution des conditions de travail et à la prévention ;
- ce repérage peut aboutir à une déclaration de maladie professionnelle ou d'accident de travail ;
- évaluer les répercussions professionnelles éventuelles des pathologies et participer aux actions de maintien en emploi.

Prendre en compte le travail

La connaissance de la vie personnelle des patients, la méconnaissance du milieu de travail et l'impossibilité d'avoir un impact direct peuvent amener le médecin généraliste à se concentrer sur les autres facteurs impliqués dans une pathologie au détriment de la part liée au travail. Le risque est de médicaliser ou « psychologiser » à outrance des problématiques relevant de l'organisation, des conditions et des rapports sociaux à l'occasion du travail.

Les pathologies sont le plus souvent multifactorielles. Les médecins généralistes sont davantage à l'aise et « outillés » pour prendre en charge les problématiques non professionnelles. Tout en connaissant le lien existant entre le travail et la santé, le médecin risque de minimiser le rôle de celui-ci concernant la plainte exprimée par un patient. A contrario, en ne prenant en compte que l'aspect professionnel de la plainte, le médecin risque de négliger les causes multifactorielles et les conséquences des problèmes inhérents, familiales par exemple. Il est donc important de garder un regard et une prise en charge globale centrés sur le patient.

Les plaintes présentées par les patients peuvent trouver leur origine dans le travail ou retentir sur celui-ci. Le médecin s'intéresse à l'activité professionnelle du patient particulièrement dans deux types de situation (qui peuvent coexister) :

- quand un patient présente un problème de santé et que le médecin s'interroge sur son origine ;
- quand il s'interroge sur les capacités fonctionnelles du patient présentant un problème de santé, afin de décider avec lui de l'opportunité d'un arrêt de travail.

Afin de dépister les éventuelles problématiques professionnelles, la question du travail est régulièrement posée (« *Comment ça se passe au travail ?* »), quel que soit le motif de consultation : plainte psychique ou somatique ou dont le lien avec l'activité professionnelle n'est pas évident parfois (renouvellement, certificat de sport).

Il est important d'explorer l'activité professionnelle des patients en s'intéressant au contenu au-delà du seul intitulé du poste. Certains patients répondent même à la question « *Que faites-vous au travail ?* » par le nom de leur entreprise. Décrire leur activité, en particulier les tâches réalisées, est nécessaire.

Quand le travail participe à l'état de santé

Face à toutes les pathologies (et plaintes), la question du travail est à évoquer comme déterminant possible et plus particulièrement en cas de souffrance psychique, de troubles musculosquelettiques (TMS), d'allergie (respiratoire ou cutanée) ou encore en cas de cancer. Le patient relie parfois explicitement sa plainte au travail, parfois c'est au médecin généraliste de l'aider à faire le lien.

Souffrance psychique au travail

Il n'y a pas de définition consensuelle de la souffrance psychique au travail. Il existe différents termes pouvant caractériser des situations différentes et correspondant parfois à des causes, parfois à des conséquences : stress au travail, risques psychosociaux, burn-out, harcèlement, etc. Ces notions sont explicitées afin d'aborder la prise en charge de ces situations.

Différentes notions

Le **stress** renvoie à la notion de réaction biologique face à un stresseur. Il a ensuite permis de désigner des réactions cognitives d'adaptation au stress. Cette notion a été utilisée en droit pour évoquer les situations de souffrance psychique au travail comme dans l'accord-cadre européen du 8 octobre 2014 : « *Le stress est un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui résulte du fait que les individus se sentent inaptes à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant.* »

Le **burn-out** comprend trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte du sentiment d'accomplissement personnel. Le burn-out « *n'est pas une nouvelle maladie psychiatrique mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie — dépression ou maladie somatique — et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial* » [6]. Il peut y avoir des manifestations émotionnelles (humeur triste, irritabilité), physiques (troubles du sommeil, douleurs rachidiennes…), cognitives (difficultés de concentration), comportementales (isolement, agressivité, addictions) et motivationnelles (désengagement du travail). Les facteurs individuels interviennent davantage dans le mode de décompensation que dans la fréquence du burn-out : si des antécédents de dépression ou certains traits de personnalité sont associés à une augmentation de la prévalence du burn-out, c'est principalement « *la forme clinique prise par la décompensation psychique provoquée par une situation de travail pathogène (qui) sera différente selon la structure de personnalité du Sujet* » [7].

Le **harcèlement au travail** n'est pas un diagnostic médical mais une qualification juridique : d'après l'article L. 1152-1 du Code du travail : « *Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel (…).* »

Les **risques psychosociaux** (RPS) ont été définis par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » [8]. Il existe deux principaux modèles théoriques utilisés en épidémiologie construits afin de mesurer les risques psychosociaux ; ces modèles permettent également d'appréhender les mécanismes de la souffrance au travail.

Le modèle de Karasek considère qu'un salarié est en situation à risque (*job strain*) s'il y a à la fois une forte demande psychologique et une faible autonomie décisionnelle. La situation est d'autant plus à risque (*iso strain*) s'il s'y associe un faible soutien social des collègues et de la hiérarchie. Sans utiliser le questionnaire, peu adapté à la pratique courante, la charge de travail et son intensité, les marges de manœuvre et l'autonomie peuvent être explorées, ainsi que les relations sociales au sein de l'entreprise. En 2017, 28,1 % des ouvriers qualifiés étaient en situation de *job strain* (forte demande et faible autonomie) contre 16 % des cadres (26,9 % des salariés). Des liens avec le modèle de Karasek ont été établis avec les maladies mentales, les TMS et les maladies cardiovasculaires.

Le modèle de Siegrist repose quant à lui sur le fait qu'un déséquilibre entre les efforts déployés et les récompenses (ou reconnaissances) conduit à un stress. Il est donc important d'explorer le sentiment de reconnaissance du patient. En 2017, 50,6 % des salariés étaient en manque de reconnaissance, avec une fréquence plus élevée chez les professions intermédiaires (56,1 %) et les employés administratifs (56,3 %) que les cadres (47,5 %) ou les employés de commerce et de service (47,3 %).

Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS les a classifiés en six axes :

- les exigences au travail (intensité et temps de travail) ;
- les exigences émotionnelles (contact avec le public) ;
- le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ;
- les mauvais rapports sociaux et relations de travail (avec les collègues et la hiérarchie) ;
- les conflits de valeur et la qualité empêchée (perte de sens de son travail) ;
- l'insécurité (socio-économique) de la situation de travail.

Le concept de **souffrance au travail** a été développé en psychodynamique du travail, notamment par Christophe Dejours. D'après la psychodynamique du travail, la souffrance est envisagée dans un couple dynamique souffrance/plaisir ; la dimension souvent collective du travail est également prise en compte. Le travailleur confronté à la résistance du réel est en situation de souffrance, fait face grâce à la mobilisation de ses ressources psychiques et peut donc transformer cette souffrance en plaisir. Dans le cas contraire, la souffrance devient pathogène. Le travail peut donc être « *soit pathogène, soit structurant pour la santé mentale* » [9].

Une définition pragmatique de la souffrance psychique au travail adaptée à la médecine générale peut être proposée : il s'agit de tout symptôme psychique (troubles du sommeil, troubles anxieux, syndromes dépressifs…) pouvant être relié au travail par le médecin.

Prise en charge

Certaines situations relèvent du pathologique, d'autres non, et il est important d'être attentif à toutes. Repérer un « ras-le-bol » ou une usure professionnelle, même s'il n'y a pas de pathologie, nommer ce « ras-le-bol » avec le patient et l'alerter sur les signes devant l'amener à consulter de nouveau peut permettre d'éviter une aggravation.

L'écoute active du patient est le premier outil thérapeutique à disposition du médecin généraliste. Il s'agit de donner du sens au mal-être du patient en identifiant ce qui est pathogène dans le travail. Les six axes des RPS aident à mieux comprendre la situation vécue par le patient et orientent au mieux l'accompagnement.

Plusieurs problématiques reviennent régulièrement et constituent des pistes de travail psychothérapeutique :

- un manque de reconnaissance, souvent présent et générateur de souffrance : le patient peut être aidé à repérer différentes marques de reconnaissance (reconnaissance indirecte, reconnaissance des usagers…) et sa souffrance peut également être reconnue ;
- des difficultés à dire « non » aux multiples sollicitations qui se multiplient en conséquence : permettre au patient de dire « non » peut permettre de briser le cercle vicieux ;
- une culpabilité, qui peut être à plusieurs niveaux : culpabilité de ne pas aller bien, de ne pas pouvoir travailler, de ne pas pouvoir faire un travail de bonne qualité, de laisser les collègues seuls, etc.

Il n'est pas rare que des problématiques personnelles soient associées à la souffrance au travail. Par l'accompagnement global des patients, le médecin prend en charge cet aspect de la problématique du patient.

Lors de la prescription d'un arrêt de travail, des arrêts courts permettent de revoir le patient régulièrement. L'angoisse parfois majeure à l'idée de devoir retourner au travail peut nécessiter de prescrire un arrêt plus long (de l'ordre de 1 mois), tout en revoyant le patient plus précocement.

L'orientation rapide du patient vers le **médecin du travail** est nécessaire. Un premier contact est utile dès le début des plaintes afin d'informer le médecin du travail de la situation et lui permettre d'initier un lien avec le patient, particulièrement nécessaire quand la souffrance psychique commence à être apaisée et qu'une reprise peut être envisagée.

> Attention : les arrêts de travail sont des certificats médicaux et mentionnent un symptôme ou diagnostic médical sans les relier au travail. Il est préférable d'éviter les termes de « burn-out », « harcèlement au travail » ou encore « dépression liée au travail » (de la même façon que n'est pas noté « Dépression liée à des problèmes de couple »).

Troubles musculosquelettiques

Ce sont des pathologies liées à une hypersollicitation des tissus mous péri-articulaires (nerfs, tendons, vaisseaux, muscles et bourses séreuses) qui se manifestent par des douleurs non spécifiques, des tendinopathies, des syndromes canalaires ou encore des syndromes vasculaires (Raynaud), qui touchent principalement le poignet, le coude, l'épaule et le bas du dos. Quatre-vingts pour cent des maladies professionnelles correspondent à des TMS ; les médecins du travail recensent 13 % des travailleurs comme atteints de TMS. D'après Yves Roquelaure « *les travailleurs les plus à risque de TMS sont ceux exposés à des tâches répétitives réalisées sous contraintes de temps avec peu de marges de manœuvre. On compte parmi ceux-ci, d'une part, les ouvriers de l'industrie manufacturière et agroalimentaire, mais aussi des secteurs de la construction et de l'agriculture, et, d'autre*

part, les employé(e)s peu qualifié(e)s des services, souvent des femmes (agents de service, aides-soignantes, aides à domicile, caissières, etc.) » [10].

Les TMS sont des pathologies multifactorielles : facteurs personnels et médicaux, hypersollicitation extraprofessionnelle, facteurs professionnels biomécaniques (répétitivité, intensité des efforts, postures, vibrations), facteurs organisationnels (absence de marges de manœuvre, monotonie) ou encore facteurs psychosociaux (stress professionnel, forte demande psychologique, faible latitude décisionnelle, manque de soutien des collègues et de la hiérarchie, faible reconnaissance dans le travail). Ce sont les environnements socio-économiques (niveau « macro ») qui influencent l'organisation du travail (niveau « méso ») qui à son tour influence l'exposition aux facteurs de risque biomécaniques et psychosociaux (niveau « micro ») [5].

Face à un TMS, le médecin généraliste prend en charge médicalement le patient selon l'EBM, favorise la prévention individuelle en promouvant l'activité physique, l'échauffement et les étirements, même si l'efficacité est limitée, et agit sur les facteurs biomécaniques et psychosociaux professionnels en sollicitant le service de santé au travail. La surestimation du rôle des activités physiques extraprofessionnelles fait prendre le risque de minimiser la part des facteurs professionnels.

Pathologies dermatologiques

Deux mécanismes sont possibles [11] :

- les *dermites irritatives* (80 %). Exemples d'irritants : milieu humide, détergents, désinfectants et antiseptiques, acides et bases (ciment, chaux, soude…), solvants organiques, huiles et fluides de coupe, plastiques, plantes et bois. Elles peuvent atteindre plusieurs salariés, sont marquées par une sensation de brûlure, peuvent apparaître rapidement ; les tests allergologiques sont négatifs ; les lésions sont réduites à la zone de contact et il n'y a pas d'évolution vers la chronicité après arrêt de l'exposition ;
- les *dermites allergiques* (20 %). Exemples d'allergènes : additifs du caoutchouc (gants), métaux (nickel, chrome, cobalt), allergènes des détergents. Elles touchent plus souvent un seul salarié ; il existe une période de sensibilisation ; elles peuvent déborder de la zone de contact ; les tests allergologiques sont positifs. Parmi celles-ci, les *allergies retardées* (eczéma de contact) (> 90 % des dermites allergiques) peuvent évoluer vers la chronicité malgré l'arrêt de l'exposition, contrairement aux *allergies immédiates* (urticaire de contact).

Pour identifier une origine professionnelle :

- s'interroger sur la localisation : les dermatoses professionnelles atteignent préférentiellement les mains et toutes les zones cutanées sont concernées par un contact direct ou indirect au cours des actes professionnels ;
- s'interroger sur le début et l'évolution : les dermatoses professionnelles s'améliorent durant les congés et récidivent dès la reprise du travail ;
- certaines professions sont plus exposées : nettoyage, construction, coiffeurs, santé, métallurgie, mécanique, électronique, restauration, manipulation de matières plastique, agriculture.

La prise en charge des dermites repose sur le traitement médical habituel et surtout sur l'adressage au médecin du travail pour éviction (changement de poste éventuel) et port d'équipements de protection individuel.

Pathologies pulmonaires et ORL

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [11]

Quinze pour cent des BPCO sont d'origine professionnelle (silice, poussières de charbon, poussières de coton et de céréales). Identifier les BPCO d'origine professionnelle, y compris en cas d'intoxication tabagique associée, permet de procéder à l'éviction et à la déclaration en maladie professionnelle.

Rhinite professionnelle et asthme [11]

À l'instar des pathologies dermatologiques, la rhinite professionnelle peut être allergique ou irritative. L'origine professionnelle est évoquée quand les symptômes (éternuements, rhinorrhée, obstruction nasale) sont rythmés par les périodes de travail et de congés. Elle peut être la conséquence de mécanismes allergiques. En cas de poursuite de l'exposition, le risque est la complication par un asthme, qui peut persister malgré l'éviction des facteurs de risque. La rhinite professionnelle est un signal d'alarme nécessitant d'orienter le patient vers le médecin du travail, afin d'organiser l'éviction.

Cancer

Les cancers sont des pathologies plurifactorielles pour lesquels il est difficile d'établir la part imputable à l'activité professionnelle [11, 12]. Cette imputabilité dans la survenue des cancers est évaluée entre 4 et 8,5 % — pour comparaison la part imputable au tabac est de 30 %.

Devant la découverte d'un cancer, la question de l'imputabilité au travail est à poser et, compte tenu des délais importants entre l'exposition et la survenue de la maladie (plusieurs années ou dizaines d'années), il ne suffit pas d'interroger le patient sur son métier actuel. Son *curriculum laboris,* c'est-à-dire ses différentes professions et expositions, est à établir en recherchant l'exposition à des produits chimiques, des poussières, des vapeurs et des fumées, des huiles, à la sciure de bois, des rayonnements ionisants, etc.

Les principaux cancers professionnels sont le cancer du poumon et le mésothéliome, les cancers ORL, les cancers de la vessie et des voies urinaires, les cancers hématologiques, les cancers cutanés et les cancers hépatiques.

Le risque d'exposition à des substances chimiques cancérogènes est plus important dans certaines branches professionnelles davantage concernées par l'exposition : le secteur du bâtiment et des travaux publics, la construction ferroviaire et navale, la métallurgie, l'industrie du verre et des métaux, l'industrie chimique ou pharmaceutique, l'industrie du cuir et du caoutchouc, l'industrie pétrolière, l'industrie du bois, l'agriculture, les laboratoires de recherche… Le risque d'exposition aux rayonnements ionisants est présent dans l'industrie nucléaire, le secteur médical et de nombreux autres secteurs (stérilisation par irradiation, conservation

des aliments, etc.). Des agents biologiques sont également susceptibles de provoquer des cancers. Ils sont retrouvés dans le secteur de la santé et dans celui des déchets. Le travail de nuit présente un risque plus important de cancer du sein. Le lien entre cancers et champs électromagnétiques n'a pas été établi.

Dans le cas des cancers, les patients sont pris en charge par d'autres spécialistes : spécialistes d'organes, chirurgiens ou encore oncologues qui peuvent évoquer cette origine professionnelle.

Repérer les expositions professionnelles à risque de cancer a deux objectifs :

- repérer précocement les signes de cancer, afin de les prendre en charge à un stade précoce de la pathologie ;
- permettre une réparation par le biais d'une déclaration de maladie professionnelle.

Une surveillance post-professionnelle pour les patients ayant été exposés a été mise en place. Cette surveillance est prise en charge sans avance de frais et doit être déclenchée auprès de la caisse d'Assurance Maladie dont dépend le patient, par ses soins avec l'aide du médecin généraliste. Les expositions en cause permettant de bénéficier de la surveillance post-professionnelle sont celles concernant :

- l'inhalation de poussières de silice, de graphite, de houille, l'inhalation d'oxydes de fer, les mineurs de charbon, les mineurs de fer ;
- l'exposition à des cancérogènes à l'origine de maladies professionnelles indemnisables.

Maladie professionnelle, accident de travail

Lorsqu'une étiologie professionnelle est retrouvée, la question d'opportunité d'une maladie professionnelle est à se poser. La maladie professionnelle correspond à des pathologies pour lesquelles une exposition professionnelle habituelle est en cause. L'accident du travail au contraire correspond à une exposition « aiguë ». Une épicondylite peut ainsi correspondre à une maladie professionnelle chez un patient faisant du ponçage habituellement et être un accident de travail chez quelqu'un pour qui le ponçage est une tâche inhabituelle.

Maladie professionnelle

La déclaration de la maladie professionnelle est possible s'il existe un tableau correspondant ou s'il y a une incapacité prévisible supérieure à 25 %.

Les tableaux de maladies professionnelles [13] (qui sont différents en fonction du régime général ou agricole) sont constitués comme suit (tableau 42.1).

Dans le cas d'une pathologie présente dans un tableau de maladie professionnelle, le patient doit prouver son exposition au risque mais toute affection répondant aux conditions du tableau est présumée d'origine professionnelle.

Les principaux avantages financiers (qu'ils soient en nature ou en espèces) du régime d'accident de travail/maladie professionnelle (AT/MP) sont l'absence de délai de carence, de meilleures indemnités journalières, la prise en charge à 100 % des frais de santé sans avance ainsi qu'une rente en cas d'incapacité.

Tableau 42.1 **Description des tableaux de maladies professionnelles.**

Description de la maladie	Délai de prise en charge (± durée d'exposition)	Travaux susceptibles de provoquer l'affection
(…)	(…)	(…)
Avec ou sans nécessité d'examen complémentaire, qui peut être explicite (« objectivé par IRM ») ou non (« non calcifiante »)	*Le délai de prise en charge correspond à la période entre la dernière exposition et la première constatation médicale*	*Il peut s'agit de la description de conditions de travail ou une liste d'emplois*

Accident de travail

Selon le Code de la sécurité sociale « *est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* ». Sont également concernés les accidents de trajet, survenant durant le parcours aller-retour habituel entre le lieu de travail et le lieu de résidence (ou le lieu habituel du repas) et/ou un rendez-vous professionnel et le lieu de travail.

Accompagner le patient

Lorsque le médecin généraliste accompagne un patient dans une démarche de déclaration de maladie professionnelle, le risque de refus de reconnaissance est à prendre en compte. Il peut être vécu par le patient comme une non-reconnaissance de sa souffrance et des conséquences du travail sur sa santé. Il est nécessaire de lui expliquer que le système des maladies professionnelles ne prend en charge qu'une partie des maladies causées au moins partiellement par le travail.

Dans certains cas, la déclaration en AT/MP n'est pas toujours à l'avantage du patient. Dans les cas où le risque de désinsertion professionnelle semble très important la déclaration en maladie professionnelle peut être moins intéressante financièrement qu'une mise en invalidité comme cela a été montré pour la MP98 (Lombosciatique) [14]. En effet, il n'est pas possible de cumuler une pension d'invalidité et une rente d'incapacité de maladie professionnelle pour la même pathologie. Face à un patient présentant une pathologie pouvant être déclarée en maladie professionnelle, il est donc licite de s'interroger, par exemple avec le médecin du travail, de l'opportunité de cette déclaration.

Quand des pathologies impactent le travail

Au-delà du questionnement sur l'origine d'une pathologie, il est utile de s'interroger sur les conséquences de celle-ci sur la vie personnelle et sur l'activité professionnelle. La nécessité d'un arrêt de travail est évaluée ci-après, puis la nécessité de mettre en place des outils de maintien en emploi.

Arrêt de travail

L'arrêt de travail est à considérer comme un outil thérapeutique à part entière et son initiation fait idéalement l'objet d'une décision partagée avec le patient, en prenant en compte les capacités fonctionnelles (physiques et mentales), les expositions professionnelles et les bénéfices et risques :

- l'arrêt de travail permet de suspendre l'exposition aux risques professionnels, qu'ils soient toxiques, chimiques, biomécaniques ou encore psychosociaux ;
- l'arrêt de travail peut permettre la reconstitution des ressources physiques et psychiques.

En revanche :

- l'arrêt de travail peut isoler des collègues et/ou maintenir le patient dans une situation personnelle difficile ;
- l'arrêt de travail peut avoir des conséquences financières importantes ;
- l'arrêt de travail peut engendrer de la culpabilité ;
- l'arrêt de travail peut entraîner du ressenti négatif de la part des collègues et/ou de l'entreprise ;
- plus un arrêt de travail est prolongé, plus le risque de désinsertion professionnelle est important.

Les personnes en arrêt de travail de plus de 1 mois ont deux fois plus de risque d'être au chômage ou inactives l'année suivante [15].

Il est primordial d'accompagner cet outil de soin d'un suivi et d'une prise en charge biopsychosociale. Les facteurs psychosociaux personnels et professionnels sont d'autant plus recherchés que les causes biomédicales semblent insuffisantes pour expliquer la prolongation de l'arrêt. Le suivi est suffisamment rapproché pour réévaluer fréquemment la situation et mettre en place des outils complémentaires. Pour cela il semble préférable de prescrire des arrêts relativement courts, sauf si un arrêt plus long est absolument nécessaire (postopératoire, par exemple). Il arrive que l'employeur demande par le biais de son salarié un arrêt de travail plus long — ce qui améliore pour lui la prévisibilité de la situation, car des arrêts prolongés de semaine en semaine peuvent compliquer son remplacement et l'organisation de l'entreprise : si la priorité est la santé du patient, la prise en compte du contexte professionnel peut permettre d'éviter de le mettre en difficulté. Il est donc important de mettre en place le plus tôt possible les outils de maintien en emploi.

Lors de la prolongation d'un arrêt de travail, les questions suivantes sont à se poser.

- La reprise du travail est-elle possible à court ou moyen terme ? Avec ou sans aménagements ?
- La démarche de maintien en emploi est-elle en place : visite de pré-reprise ? reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) ?
- Comment le patient imagine-t-il la suite de sa carrière professionnelle ? Au même poste ? Au sein de la même entreprise ?
- La prise en charge médicale est-elle optimale ? Une prise en charge psychologique est-elle indiquée ?

Bien sûr, toutes ces questions peuvent se poser au cours de plusieurs consultations. L'objectif est que la prolongation de l'arrêt de travail ait un sens.

Maintien en emploi

Il ne s'agit pas ici d'idéaliser la situation car, malheureusement, toutes les situations n'ont pas une issue favorable, les outils de maintien en emploi n'étant pas toujours suffisants, pas toujours mobilisables ou longs à mettre en place. Il est utile de savoir qu'il existe des solutions permettant le maintien en emploi : formation, accompagnement (bilan du handicap, des compétences, orientation), stages et mises en situation, aides financières (pour achat de matériel, compensation pour l'entreprise de la baisse de productivité) [11].

Les conséquences psychosociales d'une démarche de maintien en emploi sont à prendre en compte : une adaptation, un changement de poste ou une réorientation peuvent être mal vécus, en raison par exemple d'une perte de prestige, d'un changement de collègues, d'une perte de revenus, d'un sentiment de dévalorisation…

Préalablement à la mise en place de ces outils complexes, le médecin généraliste dispose de trois outils — visite de pré-reprise, temps partiel thérapeutique, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) — permettant d'initier une démarche de maintien en emploi à l'issue de laquelle le recours à l'invalidité est parfois nécessaire.

Pour anticiper le retour en emploi, il est nécessaire de repérer, outre la durée de l'arrêt de travail, les situations où le risque de désinsertion professionnelle est important.

Le retour au travail est par exemple associé négativement à l'âge, à la pénibilité du travail ou encore à la peur de reprendre le travail alors qu'un niveau d'éducation supérieur, la satisfaction au travail, la perception d'une très bonne santé et des relations professionnelles satisfaisantes sont associés positivement [16].

Les facteurs de risque psychosociaux ont un rôle pronostique d'une chronicisation de la douleur (TMS, lombalgie), notamment (tableau 42.2) :

Tableau 42.2 **Facteurs de pronostic de lombalgies chroniques.**

Drapeaux bleus	Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur
	– Charge physique enlevée de travail – Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail – Manque de capacité à modifier son travail – Manque de soutien social – Pression temporelle ressentie – Absence de satisfaction au travail – Stress au travail – Faible espoir de reprise du travail – Peur de la rechute
Drapeaux noirs	Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance
	– Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste – Insécurité financière – Critères du système de compensation – Incitatifs financiers – Manque de contact avec le milieu de travail – Durée de l'arrêt maladie

- les représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur (drapeaux bleus) ;
- les représentations liées à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance (drapeaux noirs).

L'analyse de ces représentations peut aider à identifier le risque de désinsertion professionnelle dans nombre de situations cliniques.

La plupart des patients en arrêt de travail depuis plus de 1 mois et a fortiori depuis plus de 3 mois doivent se voir proposer une démarche de maintien en emploi.

Il existe des cas particuliers :

- les patients avec des pathologies lourdes comme les cancers en phase aiguë pour lesquels la démarche de maintien en emploi n'intervient qu'au cours de la phase de convalescence, même s'il est possible d'envisager avec le patient une reprise à temps (très) partiel s'il le souhaite, si son état de santé le permet et si le poste est compatible avec cet aménagement. Certains ont besoin de maintenir une activité professionnelle y compris durant une chimiothérapie ;
- les patients avec des pathologies chirurgicales pour lesquelles il est admis que la reprise n'intervient qu'après une période de convalescence suivant l'intervention.

Dans ces deux cas, une visite de pré-reprise peut permettre d'anticiper des démarches qui peuvent être longues, comme un reclassement ou une réorientation.

Visite de pré-reprise

Une visite de pré-reprise est prévue par la loi lorsque l'arrêt de travail dépasse 3 mois. Elle peut être demandée à tout moment, soit par le médecin généraliste, soit par le médecin-conseil, soit par le patient, mais pas par l'employeur. Au cours de cette visite, le médecin du travail examine avec le patient les possibilités de maintien dans l'emploi et identifie les difficultés potentielles et les solutions possibles, afin de mettre en place un plan de retour au travail ou de maintien en emploi. Il peut recommander des adaptations du travail, proposer un reclassement, une formation ou un changement de carrière. Plusieurs visites de pré-reprise peuvent avoir lieu pendant la même période de congé de maladie. Au cours de ces visites, le médecin du travail évalue cliniquement si l'employé peut retourner au travail ou non mais ne peut pas délivrer d'avis d'aptitude. À l'issue de la visite de pré-reprise, le médecin du travail informe l'employeur des recommandations données au salarié, sauf en cas de refus de ce dernier.

Temps partiel thérapeutique (TPT)

Le temps partiel thérapeutique vise à permettre une reprise du travail progressive. Il permet de prendre en compte les limitations fonctionnelles, de valoriser les capacités restantes et ainsi de limiter le risque de désinsertion professionnelle. Permettre un retour au travail alors même que le patient n'a pas retrouvé pleinement ses capacités de travail permet de limiter l'éloignement du travail.

Le médecin du travail propose la mise en place d'un temps partiel thérapeutique de sa propre initiative ou à l'initiative du médecin généraliste. Il s'assure de l'accord de l'employeur qui peut refuser en justifiant le refus. Il précise alors les modalités du TPT : répartition du temps de travail sur la journée et la semaine, adaptation de poste… Le médecin généraliste prescrit le temps partiel thérapeutique (« travail léger » en AT/MP). L'accord du médecin-conseil est nécessaire —il n'est pas nécessaire que le TPT soit précédé d'un arrêt de travail à temps complet. La plupart du temps, le TPT est proposé au décours d'un arrêt de quelques semaines lors d'une visite de pré-reprise et il est également possible, notamment si la politique de l'entreprise est favorable de réaliser un TPT précoce — dans ce cas, un appel au médecin du travail est facilitant — après un arrêt de 2 ou 3 semaines, ce qui est utile dans la lombalgie par exemple.

L'objectif d'un TPT est une reprise à temps complet. Cela ne s'avère pas toujours possible et peut conduire par exemple à un contrat de travail à temps partiel, complété par une pension d'invalidité.

Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)

La RQTH peut être attribuée à toute personne dont « *les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites du fait de la dégradation d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale ou psychique* » [17].

La RQTH est une comme une boîte à outils aidant le maintien en emploi. Elle permet en effet au patient de :

- faire partie des 6 % de travailleurs handicapés que doivent compter les entreprises de plus de 20 salariés (sous peine de devoir payer des indemnités) ;
- bénéficier de dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle et au maintien en emploi ;
- bénéficier de soutiens spécialisés pour la recherche d'emploi au sein, par exemple, des services du réseau Cap Emploi ;
- d'accéder à la fonction publique, soit par concours aménagé, soit par recrutement contractuel spécifique.

Les dispositifs de maintien en emploi permis par la RQTH sont financés par les fonds pour l'insertion des personnes handicapées — Agefiph (secteur privé) et Fiphfp (secteur public) — mais les patients ont le plus souvent recours au réseau Cap Emploi. Le réseau Cap Emploi, qui gère à la fois le maintien dans l'emploi (anciennement Sameth) et la recherche d'emploi, peut être sollicité notamment par le médecin du travail en coopération avec le médecin traitant.

Pour permettre au patient de bénéficier de la RQTH, un certificat médical est rempli par le médecin généraliste qui est transmis à la MDA ou la MDPH par le patient avec le dossier administratif à compléter de son côté, avec l'aide si nécessaire d'une assistante sociale en raison d'une certaine complexité administrative. Le temps d'instruction peut être très long ; cependant, le médecin du travail a accès à une procédure accélérée et il est possible de démarrer les démarches de maintien en emploi dès le dépôt du dossier.

Les patients peuvent être réticents, notamment en raison du sentiment de porter ensuite l'étiquette du handicap. Outre le rappel des avantages de cet outil, il est nécessaire d'accompagner le patient en expliquant que l'on parle davantage de personnes en situation de handicap, car celui-ci est lié aux situations et de citer l'exemple du handisport : le handicap de ces sportifs ne les empêche pas d'avoir des performances exceptionnelles. Il peut être précisé que s'il s'avère

finalement que ce n'est plus utile au maintien en emploi, il n'y a aucune obligation de mentionner à son employeur que l'on est titulaire d'une RQTH.

Invalidité

Lorsqu'il est nécessaire d'aménager durablement le temps de travail par une diminution du volume horaire, voire de stopper toute activité professionnelle et de compenser la perte de salaire engendrée, le patient peut recourir à l'invalidité. Celle-ci correspond à la diminution d'au moins deux tiers des capacités de travail et/ou de gain. La mise en invalidité peut intervenir soit en parallèle de la démarche de maintien en emploi — notamment quand il apparaît précocement qu'une reprise à temps complet est difficile —, soit à l'issue de la démarche quand le maintien en emploi s'avère impossible. Il n'y a pas d'invalidité dans le secteur public mais il existe d'autres dispositifs comme la retraite pour invalidité.

C'est le médecin-conseil qui décide de la mise en situation d'invalidité en prenant en compte les capacités de travail du patient et également sa formation. L'invalidité peut être proposée par le médecin-conseil ou être sollicitée par le patient. Dans ce cas, il peut être facilitant de fournir un courrier au patient expliquant la situation.

Il y a trois catégories d'invalidité :

- catégorie 1 : patient capable d'exercer une activité rémunérée qui permet une pension de 30 % du salaire annuel moyen ;
- catégorie 2 : patient incapable de travailler (pension de 50 %) ;
- catégorie 3 : patient qui a besoin d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne (pension de 50 % + montant forfaitaire).

Il existe plusieurs conditions d'affiliation et de temps travail et/ou de cotisation. La pension, qui peut être réévaluée, donne le droit à la RQTH. Quelle que soit la catégorie, il est possible d'exercer une activité professionnelle (à temps très partiel) avec des règles de cumul invalidité et salaire [18].

L'invalidité est à différencier de l'**inaptitude**, qui est prononcée par le médecin du travail (après étude de poste et examen médical). Il s'agit alors d'une inaptitude vis-à-vis du poste ou, plus rarement, de tout poste dans l'entreprise ; cela ne concerne pas toute activité professionnelle comme l'invalidité. Lorsque l'inaptitude est prononcée, il existe une obligation de reclassement par l'entreprise (sous 1 mois) : si cela s'avère impossible, cela aboutit à un licenciement pour inaptitude.

Autres outils de maintien en emploi

Les outils suivants sont davantage mobilisés par les services de santé au travail ou de maintien en emploi Ils sont utiles à connaître car les solutions qui s'offrent à nos patients sont multiples :

- bilan de compétences ou formation, pouvant être financés par le plan de formation de l'entreprise ou le compte personnel de formation (CPF) ;
- actions de remobilisation précoce, qui permettent sur autorisation de l'Assurance Maladie avec l'accord du médecin traitant de mettre en place des actions de formation et d'accompagnement durant l'arrêt de travail ;
- essai encadré : il permet de valider un projet de maintien en emploi (tester un poste adapté ou un nouveau poste) en retournant jusqu'à 14 jours en entreprise avec maintien des indemnités journalières ;
- contrat de rééducation professionnel en entreprise (CrPE) qui permet une prise en charge du salaire par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un retour au poste nécessitant un réentraînement (perte de productivité) et des adaptations temporaires (formation tutorée, par exemple) autres que la diminution du temps de travail ;
- reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH), qui est mobilisée s'il persiste une baisse de productivité malgré des aménagements optimaux et qui permet alors de compenser financièrement (par l'Agefiph) les conséquences du handicap (perte de productivité, par exemple).

Nécessité de collaborer

Il est nécessaire, dès que l'on suspecte une pathologie en lien avec le travail, de collaborer avec les services de santé au travail et le médecin du travail en particulier. D'autres professionnels comme le médecin-conseil peuvent être mobilisés.

Médecin du travail

L'employeur a une obligation légale de protéger la santé de ses salariés. Pour cela, il a également l'obligation de s'appuyer sur les services d'un médecin du travail. Il peut, selon la taille de l'entreprise, recourir aux services :

- d'un service autonome, c'est-à-dire que l'entreprise embauche directement un médecin du travail qui est un cadre de l'entreprise ;
- d'un service interentreprises auprès duquel il paie une cotisation pour chacun de ses salariés.

Afin de faciliter la collaboration avec les services de santé au travail, il est nécessaire de connaître l'organisation de la santé au travail sur son territoire. Chaque territoire est couvert par un ou plusieurs services interentreprises. Certains services s'occupent des entreprises appartenant à un secteur d'activité défini.

Un service interentreprises regroupe plusieurs médecins du travail et est financé par les cotisations de différents employeurs pour chacun de leurs employés. Il peut être assisté d'infirmières du travail, d'ergonomes, de psychologues, etc. Certaines visites sont de plus en plus réalisées par des infirmières.

Le médecin du travail est tenu au secret médical, notamment envers l'employeur. En conséquence, par exemple lors d'un échange avec un employeur à propos d'un patient souffrant d'une tendinite de la coiffe des rotateurs, il n'évoque pas la pathologie mais uniquement les restrictions et capacités restantes. Depuis la loi Santé de 2016[54], les échanges entre le médecin du travail et les médecins de soins sont possibles avec l'accord du patient et dans son intérêt.

Il existe plusieurs types de visites : d'embauche, occasionnelle, de reprise ou de pré-reprise. L'employé peut solliciter une visite sans que l'employeur en soit informé.

[54] Loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, modifiant le Code de la santé publique et le Code du travail.

Les missions du médecin du travail sont de :
- conduire des actions de santé au travail en entreprise ;
- surveiller l'état de santé des travailleurs ;
- conseiller les employeurs et les salariés ;
- participer et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Lorsque le médecin généraliste adresse un patient au médecin du travail, notamment en visite de pré-reprise, il est important de fournir un courrier au patient mentionnant :
- la pathologie ou la symptomatologie présentée ;
- les examens complémentaires ou les avis spécialisés réalisés ou demandés ;
- les thérapeutiques mises en place ou envisagées ;
- les questions posées (imputabilité du travail, opportunité et possibilité d'une adaptation de poste, opportunité d'une inaptitude…).

Il peut également être nécessaire de contacter le médecin du travail plus directement, par courrier ou par téléphone, en fonction des situations suivantes :
- quand le médecin généraliste s'interroge sur la contribution du travail pour la pathologie présentée :
  - pour discuter d'une adaptation de poste ✉☎ ;
  - pour discuter d'une déclaration en AT ou MP (notamment en cas de souffrance psychique) ☎ ;
- quand il pense qu'une inaptitude est souhaitable ✉☎ ;
- quand il souhaite aller vite ☎ ;
- quand il est en désaccord avec ce qui est proposé par le médecin du travail ☎.

Quand on ne connaît pas le nom et/ou les coordonnées du médecin du travail, il est nécessaire d'identifier le SST dont dépend le patient. Cela peut se faire grâce des annuaires (comme celui de la fédération Presance[55]) ou grâce au dernier avis d'aptitude que le patient peut avoir en sa possession.

Il peut arriver que certains patients n'aient pas de médecin du travail ; c'est le cas par exemple des employés de maison (même si légalement leurs employeurs devraient adhérer à un SST) ou les indépendants. Il peut également arriver que l'entreprise dépende d'un service de santé au travail et que la démographie médicale locale soit telle qu'il n'est en mesure d'accompagner que les situations les plus graves. Les services de pathologie professionnelle des CHU peuvent aider le médecin généraliste notamment en l'éclairant sur le lien entre la symptomatologie et l'activité professionnelle ainsi que sur la conduite à tenir, mais ils ne pourront pas interagir avec le milieu de travail. Le médecin-conseil et le service social peuvent aider à la mise en place d'outils de maintien en emploi. Dans la fonction publique, mis à part la fonction publique hospitalière, on parle de médecin de prévention et non de médecin du travail, avec un périmètre d'action différent.

Médecin-conseil

Dans le cadre de la santé au travail, le médecin-conseil a une mission de contrôle des arrêts de travail et également un rôle dans la prévention de la désinsertion professionnelle. Il peut être assisté dans cette mission par le service social ou d'autres professionnels comme des psychologues.

Dans le cadre de ses missions, le médecin-conseil est amené à recevoir les patients en arrêt de travail prolongé. Il peut orienter vers le médecin du travail si cela n'a pas déjà été fait. Il peut aussi mettre fin aux indemnités journalières s'il estime que la situation est consolidée, c'est-à-dire s'il considère que l'état de santé du salarié n'évoluera plus significativement, même en l'absence de guérison. Le médecin du travail ou le médecin généraliste peuvent alors le contacter s'ils estiment qu'une prolongation des indemnités journalières peut permettre le maintien en emploi. Il est important d'anticiper, afin d'éviter ces situations. Le médecin du travail ou le médecin généraliste peuvent le solliciter pour appuyer la mise en place de dispositifs de maintien en emploi. Dans les rares cas où il apparaît au médecin généraliste que le patient peut reprendre le travail et que celui-ci ne le souhaite pas malgré un accompagnement conjoint avec le médecin du travail, l'orienter vers le médecin-conseil peut aider à débloquer certaines situations.

Autres intervenants en santé au travail

Les patients présentant un problème de santé au travail peuvent être orientés vers d'autres intervenants :
- la consultation de pathologie professionnelle, qui est sollicitée préférentiellement en second recours par le médecin du travail et qui peut être mobilisée par le médecin traitant en cas d'absence du médecin du travail ;
- les représentants du personnel : délégués du personnel, délégués syndicaux et comité social et économique (CSE, anciennement CHSCT), qui peuvent informer et accompagner le patient concernant ses droits. Il est important de le prévenir des conséquences négatives possibles, les organisations syndicales pouvant avoir des intérêts collectifs qui ne sont pas strictement ceux du patient, majorant parfois les difficultés relationnelles avec l'employeur ;
- l'inspection du travail qui peut être sollicitée, afin d'informer le salarié de ses droits et/ou lorsque des infractions au Code du travail sont suspectées ;
- le service social de l'Assurance Maladie, s'il y a des problématiques socioéconomiques ou familiales ;
- le service social de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), dès lors qu'un problème de maintien dans l'emploi est posé.

Grossesse

La grossesse est une période particulière au cours de laquelle il est nécessaire de s'interroger sur les conditions de travail et d'orienter la patiente vers le médecin du travail au moindre doute sur la possibilité de maintenir l'activité professionnelle : les métiers de la santé, les métiers en contact avec les animaux, le personnel de laboratoire, le personnel au contact des enfants en bas âge, les activités agricoles et horticoles, les métiers des services (coiffeuses, esthéticiennes et assimilées ; métiers du nettoyage et de l'entretien, pressing, métiers de la restauration et de la vente) et les métiers de l'industrie et de l'artisanat.

Ces professions exposent à des risques particulièrement sensibles durant la grossesse : risque chimique, risque biologique, traumatismes, contraintes physiques, risques psychosociaux…

[55] https://www.presanse.fr/annuaire-medecine-travail.

Une difficulté apparaît souvent, notamment en cas d'emploi précaire : de nombreuses femmes n'annoncent pas leur grossesse à leur employeur avant la fin du premier trimestre et il peut alors être difficile de mettre en place les adaptations de poste nécessaires sans dévoiler la grossesse. Le médecin du travail, tenu au secret médical également, peut aider.

Conclusion

Le médecin généraliste prend en compte la dimension du travail dans le cadre sa prise en charge selon le modèle biopsychosocial. Le travail est en effet un déterminant de santé pouvant participer à l'état de santé ou être impacté par une pathologie. Le rôle du médecin généraliste est important en matière de santé au travail, aussi bien pour repérer la participation du travail dans la survenue de pathologie que dans le maintien en emploi. Ces missions nécessitent de travailler en collaboration notamment avec le médecin du travail.

Références

[1] Mauroux A. Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. In: Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques. Report n° 22. Paris: Dares ; 2016.

[2] Niedhammer I, Lesuffleur T, Memmi S, Chastang J-F. Working conditions in the explanation of occupational inequalities in sickness absence in the French SUMER study. Eur J Public Health 2017 ;27(6):1061–8.

[3] Sermet C, Khlat M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. Rev Epidemiol Santé Publique 2004 ;52(5):465–74.

[4] Meneton P, Plessz M, Courtin É, Ribet C, Goldberg M, Zins M. Le chômage : un problème de santé publique majeur. La Revue de l'Ires 2017 ;1-2(91-92):141–54.

[5] The digitalisation of work: psychosocial risk factors and work-related musculoskeletal disorders. European Agency for Safety and Health at Work (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail). [En ligne] Bilbao (Spain): EASHW ; 2021. Disponible sur : https://osha.europa.eu/.

[6] Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Institut national de recherche et de sécurité. Direction générale du travail. [En ligne] Lyon: ANACT ; 2015. Disponible sur : https://www.anact.fr/.

[7] Guiho-Bailly M, Guillet D. Psychopathologie et psychodynamique du travail. EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement 2006 ;1:1.

[8] Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maitriser – Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. [En ligne]. Paris: ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion ; 2011. Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/.

[9] Dejours C, Gernet I. Psychopathologie du travail. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson ; 2016. p. 184.

[10] Roquelaure Y. Troubles musculo-squelettiques et facteurs psychosociaux au travail. Brussels (Belgium): European Trade Union Institute (ETUI) ; 2018. Report no 142.

[11] Système d'information en santé, travail et environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA). [En ligne]. Marseille: Observatoire Régional de la Santé – PACA ; 2022. Disponible sur : http://www.sistepaca.org/.

[12] Cancers professionnels (Dossier). Ce qu'il faut retenir. Institut national de recherche et de sécurité [En ligne]. Paris: INRS ; 2022. Disponible sur : https://www.inrs.fr.

[13] Tableaux des maladies professionnelles (Publications et outils). Institut national de recherche et de sécurité [En ligne]. Paris: INRS ; 2022. Disponible sur : https://www.inrs.fr.

[14] Roquelaure Y, Vénien K, Moisan S, Penneau-Fontbonne D, Lasfargues G, Fouquet B. Déclarer une lombosciatique en maladie professionnelle : est-ce l'avantage bien compris du patient ? Rev Rhum 2005 ;5:531–3.

[15] DREES, Barnay T, Favrot J, Pollak C. Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. Études & Résultats 2015 ;938.

[16] Pélissier C, Fontana L, Chauvin F. Factors influencing return to work after illness in France. Occup Med (Lond) 2014 ;64(1):56–63.

[17] Direction de l'information légale et administrative. Service-Public.fr. Comment être reconnu travailleur handicapé (RQTH) ? [En ligne]. Paris: Service-Public.fr ; 2021. Disponible sur : www.service-public.fr.

[18] Pension d'invalidité : démarches et prise en charge. l'Assurance Maladie. [En ligne]. Paris: CNAM ; 2021. Disponible sur : https://www.ameli.fr.

Chapitre 43

Secret médical, certificats médicaux

Renaud Clément, Emeline Salmon, Mathilde Ducloyer

PLAN DU CHAPITRE

Fondements du secret médical 419
Le secret médical 420
Les certificats 421
Conclusion. 423

Une des expressions du secret médical les plus connues, les plus anciennes et finalement des plus actuelles, tient à la prestation du serment d'Hippocrate [1] professé par tout médecin et déclaré devant ses pairs après avoir soutenu sa thèse. En effet, la main droite levée, l'épitoge sur l'épaule gauche, le tout nouveau docteur en médecine formule : « *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à comprendre les mœurs* (…). » Très ancré dans la pratique médicale et farouchement défendu par les médecins généralistes, le secret médical peut se définir littéralement comme la traduction médicale de l'obligation générale de discrétion et du respect d'autrui. Il représente un attribut prestigieux de l'ensemble des professionnels de santé (élargi depuis quelques années aux professionnels du secteur médico-social et social). Selon le Professeur Louis Portes, président du Conseil national de l'Ordre des médecins (1942–1950), le secret médical permet la plénitude de l'exercice médical, selon cette formule restée célèbre : « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidences et de confidence sans secret.* » Ce gynécologue-obstétricien rappelait en 1944 en pleine insurrection de Paris, que « *le Président du Conseil de l'Ordre des médecins se permet personnellement de rappeler à ses confrères qu'appelés auprès de malades ou de blessés, ils n'ont d'autre mission à remplir que leur donner leurs soins, le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que les malades portent à leur médecin, il n'est aucune considération administrative qui puisse nous en dégager* ».

Le caractère absolu du respect du secret médical, la préservation de l'intérêt individuel, s'est toujours et continue de se heurter à l'intérêt collectif qui peut nécessiter le recueil d'information à caractère médical, comme par exemple la surveillance de pathologie potentiellement épidémique qui relève de la santé publique et exige ainsi une déclaration obligatoire.

Le respect du secret médical et la nécessité de partager des informations médicales entre professionnels de santé et/ou professionnels du champ médico-social et social s'apparentent à un subtil jeu d'équilibriste pour le médecin généraliste.

Dans ce domaine complexe médico-légal, des repères juridiques sont utiles et permettent de déterminer les fondements du secret médical (sur le plan ordinal et réglementaire) et plus largement du secret professionnel, et les possibilités de partager des informations médicales entre professionnels ou de pouvoir violer des informations à caractère secret.

Fondements du secret médical

Fondements ordinaux

Pour pouvoir exercer la médecine en France, les médecins doivent être inscrits au conseil départemental de l'Ordre des médecins dans lequel ils ont établi leur résidence professionnelle. Le praticien s'engage ainsi à se conformer aux principes ordinaux. Dans l'article 2 du Code de déontologie médicale [2], le médecin est au service de « *l'individu* » avant de l'être à celui de « *la santé publique* ».

Dans ce cadre, le secret médical est une protection pour le patient et non pour le médecin. Le respect du secret médical est ainsi conçu comme un devoir pour le médecin.

À l'article 4 du Code de déontologie médicale, la préservation du secret médical du patient est clairement affirmée : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.* » Ce secret impose au médecin généraliste la protection d'informations de nature médicale, c'est-à-dire tout ce qui permet à ce professionnel de santé dans l'exercice de son art d'accéder, de recueillir et d'établir des données de santé. Ainsi, dans l'alinéa suivant de l'article 4 du Code de déontologie médicale, il est stipulé : « *(…) Le secret couvre tout*

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confiée, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

L'exercice du médecin généraliste implique l'intervention d'autres professionnels qui aident et/ou collaborent avec ce praticien. Selon les dispositions de l'article 72 du Code de déontologie médicale, le médecin doit être particulièrement vigilant à ce que ce secret médical soit respecté. Il est ainsi institué : « *Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leur obligation en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.* » En conséquence, le médecin est personnellement responsable de la protection du dossier professionnel, des fiches d'observation, etc. En conséquence, l'article 73 établit cette obligation : « *Le médecin doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur (…).* »

Fondements réglementaires

La loi du 4 mars 2002, appelée communément Loi Kouchner, est venue consacrer des droits des personnes dans le système de soins qui ne figuraient que dans un cadre déontologique ou dans un cadre déterminé par des décisions jurisprudentielles. Ainsi, la personne malade bénéficie de droit reconnaissant un principe d'autonomie et de protection, introduisant dans le domaine du soin, les notions de démocratie sanitaire et d'acteurs de soins. Une nouvelle loi promulguée le 26 janvier 2016 [3], dans le but d'une modernisation nécessaire du système de santé, reprend les précédents principes réglementaires et étend à d'autres professionnels, ces obligations réglementaires. Cela implique le secret médical qui concerne aussi des informations recueillies sur la vie privée de la personne soignée. Adapté aux évolutions « bioéthiques », l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique stipule maintenant : « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice des activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-sociale ou sociale ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* »

Sur le plan réglementaire, les informations strictement médicales protégées par ce secret sont les données de santé qui sont venues à la connaissance (sans autre précision) du professionnel. Il est ainsi stipulé à l'alinéa suivant de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique : « *Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel, de tout le membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* »

Fondements légaux

Le premier fondement réglementaire du secret médical a été in fine instauré par le Code pénal, qui sanctionne la violation du secret professionnel. Cette obligation de ne pas dévoiler le secret médical a été ainsi, historiquement, le premier texte à donner un support légal à cette obligation. L'article 226-13 du Code pénal a bénéficié d'une évolution en septembre 2000, permettant d'élargir le secret professionnel aux informations à caractère secret. Il est ainsi stipulé : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »

Le secret médical

Ce secret médical est ainsi un fondement de la relation médecin-patient, permettant l'expression de la confidence. Pour autant, l'échange d'information médicale entre professionnels notamment du soin, est indispensable. Dans ce but, le secret médical partagé est strictement réglementé. De plus, la connaissance médicale de certaines situations de violence peut autoriser le médecin généraliste à violer le secret professionnel.

Secret médical partagé

D'après la réglementation, des professionnels de santé peuvent échanger des informations s'ils participent à la prise en charge médicale d'une même personne. Ainsi, le médecin généraliste échange des informations ou reçoit ces informations si celles-ci sont nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins. Il en est de même lorsqu'il s'agit aussi de soins de prévention ou d'un suivi médico-social ou social. L'article L. 1110-4 alinéa II du Code de la santé publique stipule ainsi : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'il participe tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.* » Avant de pouvoir opérer ce partage d'informations médicales, par ou pour le médecin généraliste, la personne soignée doit au préalable exprimer ce consentement à ces échanges. Il est ainsi indiqué : « *Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tous moyens, y compris de façon dématérialisée (…).* »

Le patient reste le pivot du secret médical et donc maître du partage des informations médicales. Il autorise ou pas d'une certaine manière à la « circulation » des informations médicales le concernant et qui pourraient être échangées entre professionnels de soins et autres professionnels. Il est ainsi stipulé à l'alinéa IV de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique que « *la personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment* ».

Violation du secret professionnel

Pour les médecins en général et particulièrement le médecin généraliste, la loi offre la possibilité de violer le secret professionnel. Il s'agit d'une faculté et non d'une obligation. La loi distingue les personnes capables (majeures sans incapacité), des personnes incapables (mineurs) ou dans une situation de vulnérabilité (incapacité physique ou psychique ou en raison de son âge). En effet, lorsque la personne est majeure sans incapacité, son accord est indispensable pour lever la règle de l'inviolabilité du secret professionnel. Dans les autres situations, cet accord n'est pas nécessaire. Ainsi le 2e alinéa de l'article 226-14 du Code pénal indique : « *[L'article 226-13 du Code pénal n'est pas applicable] (…) au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives au mineur en danger ou qui risque de l'être, mentionnée au 2e alinéa de l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constaté, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.* » Cette révélation d'informations médicales recueillies ou constatées dans la sphère de l'intimité de la personne et permettant raisonnablement de suspecter des violences subies, est destinée à deux interlocuteurs clairement identifiés : la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) territorialement compétente pour les victimes de moins de 18 ans, ou le procureur de la République territorialement compétent pour les victimes de plus de 18 ans et aussi les mineurs.

Une autre situation, beaucoup moins connue, peut engager le médecin généraliste à informer les autorités publiques (préfet ou préfet de police) des patients qui pourraient utiliser dangereusement une arme contre eux ou contre autrui. Ainsi, l'alinéa IV indique : « *[L'article 226-13 du Code pénal n'est pas applicable] (…) aux professionnels de santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elle-même ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.* »

L'évolution majeure récente [4] (30 juillet 2020), concrétisant le Grenelle des violences conjugales, a été l'insertion d'une nouvelle dérogation au secret professionnel. Assortis d'une immunité légale, les médecins, et surtout en premier lieu le médecin généraliste, voient leur engagement favorisé pour protéger les victimes dans ce cadre, qui ouvre un champ de coordination entre les acteurs judiciaires, les acteurs des forces de l'ordre et du ceux des milieux associatifs.

Ainsi, le médecin généraliste qui constate des violences conjugales, et à la condition que ces violences mettent la vie de la victime en danger immédiat et que celle-ci ne soit pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur, peut en conscience désormais déroger à son obligation du secret professionnel, en portant à la connaissance du procureur de la République cette situation, sans avoir préalablement obtenu le consentement de la victime. Il est ainsi indiqué dans le 3e alinéa de l'article 226-14 du Code pénal : « *[L'article 226-13 du Code pénal n'est pas applicable] (…) au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il était estimé en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur de ces violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.* »

Le respect du secret médical est le garant d'une relation de confiance entre le médecin généraliste et le patient. Si le patient est le maître des informations médicales le concernant, les nécessités de l'échange entre professionnels médicaux, médico-sociaux, sociaux et judiciaires conduisent le médecin à être vigilant sur le respect de ce secret médical.

Les certificats

Une autre forme admise et réglementée de dérogation à la règle du secret médical est celle concernant les certificats médicaux. L'établissement d'un certificat médical est un acte significatif de la conscience médicale, qui permet à une personne, malade ou pas, de pouvoir bénéficier de droits et d'avantages. D'un état pathologique et/ou de troubles d'un état de santé, la rédaction d'un certificat médical permet à la personne de bénéficier par exemple de l'exonération du ticket modérateur, d'être en arrêt de travail, etc.

Des certificats médicaux sont obligatoires selon la réglementation (sans être exhaustif) : déclaration de naissance, certificat de santé de l'enfant, certificat de vaccinations, certificat destiné à obtenir des avantages sociaux (maternité, maladie…), certificat d'accident de travail, certificat de maladie professionnelle, certificat de demande de pensions militaires et d'invalidité, certificat pour soins psychiatriques, certificat de décès, etc.

La rédaction d'un certificat médical doit être considérée comme une activité médicale à part entière. L'article 76 du Code de déontologie médicale l'explicite clairement : « *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.* »

Dans le domaine médico-social, le médecin doit aider son patient à obtenir les avantages auxquels son état de santé altéré ou pas lui confère. Ainsi l'article 50 du Code de déontologie médicale indique : « *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (…).* »

Pour la pratique d'activités sportives (non-contre-indication médicale), les articles L. 231-2 à L. 231-3 du Code du sport peuvent l'exiger, tout comme chaque fédération sportive.

La validité d'un certificat médical requiert des éléments de forme et de fond. Il est nécessaire qu'un certificat médical (formulaire pré-imprimé, une ordonnance ou un papier à en-tête), mentionne le nom, le prénom, les coordonnées, les qualifications et le numéro d'inscription à l'Ordre du praticien. Le certificat médical doit être également daté, signé et comporter l'identité de la personne. Concernant les éléments de fond, il est nécessaire que la rédaction de ce certificat médical soit claire et lisible, mentionnant le motif de la délivrance et la façon dont il a été remis. Certains certificats médicaux, notamment ceux destinés aux constatations de coups et blessures avec détermination de l'ITT (incapacité totale de travail) [5], doivent suivre un plan.

Le commentaire du Code de déontologie élaboré par l'Ordre national des médecins précise au sujet de l'article 28 (interdiction de certificat frauduleux ou mensonger), que « *le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté (…). Si le certificat rapporte les dires de l'intéressé ou d'un tiers, le médecin doit s'exprimer sur le mode conditionnel et avec la plus grande circonspection ; le rôle du médecin est en effet d'établir des constatations médicales, non de recueillir des attestations ou des témoignages et moins encore de les reprendre à son compte* ».

Un certificat médical n'est pas une simple formalité car sa rédaction engage différentes responsabilités (civile, pénale, ordinale notamment) du médecin. Le médecin est « *au service de l'individu* » mais pas uniquement. Un certificat médical est un acte qui constate ou interprète des faits d'ordre médical (diagnostic, examen clinique, résultat d'examen), à propos d'un individu, dans un but justifié et établi à la demande du patient ou d'une autorité publique habilité. Ainsi, l'article 28 du Code de déontologie médicale précise : « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.* »

Le certificat médical ne se justifie que s'il comporte une raison médicale se traduisant par une finalité sociétale valide. Il trouve ainsi une validité et une raison dans un cadre législatif ou réglementaire. Dans les autres cas, le certificat médical n'est pas nécessaire. Ainsi, un certificat médical ne peut être exigé pour attester d'une absence d'allergie, participer à l'enseignement d'éducation physique et sportive ou à une sortie scolaire, réintégrer un enfant dans une crèche, etc. En conséquence, le recours à un certificat médical n'est réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes. De même, certaines habilitations sont nécessaires, le médecin généraliste n'ayant pas cette faculté, comme par exemple déclarer l'inaptitude d'un salarié à l'emploi qu'il occupe, l'aptitude à la conduite automobile, etc.

Deux demandes de certificats médicaux peuvent mettre en position difficile et ambivalente le médecin. Il s'agit des certifications de coups et blessures (ITT) et ceux destinés aux organismes d'assurances.

Certificat de coups et blessures avec détermination de l'ITT

Le médecin généraliste peut être sollicité par son patient comme ayant été victime de coups et blessures, et demander la rédaction de constat des lésions médicalement constatées et constatables. Ce certificat médical accompagnera le dépôt de plainte auprès des services de la police nationale ou de la gendarmerie. Ces mêmes constatations médicales peuvent être sollicitées sous l'obligation d'une réquisition (mesure prise par une autorité judiciaire exigeant l'accomplissement d'un acte, et dans ce cadre médical). Il s'agit dans ce but et après un examen médical physique et psychologique, de décrire les différentes blessures médicalement constatées et d'en déterminer le retentissement fonctionnel (gênes fonctionnelles dans les activités quotidiennes notamment) permettant d'évaluer en conclusion l'incapacité totale de travail (ITT). Cette notion pénale [5] détermine un délai pendant lequel la victime (le patient) présente des difficultés à pouvoir, par exemple, manger, dormir, se laver, s'habiller, se déplacer, parler, voire jouer (pour les enfants). Ces troubles ne doivent pas avoir un caractère total et ne sont pas liés au travail dans le sens d'une activité professionnelle. Cette évaluation au plus juste d'une période de gêne fonctionnelle reste dans le cadre habituel, une projection médicale. Il est donc possible que le délai de la récupération fonctionnelle physique ne soit pas celui estimé pour ces différentes raisons. Il en est de même pour l'évolution des troubles psychologiques, qui peuvent s'aggraver au fur et à mesure du temps. En conséquence, le médecin généraliste doit assortir cette évaluation d'une réserve résultant de complications ultérieures. En cas de difficulté, il est proposé au médecin généraliste de faire une description sur un certificat des constatations médico-légales et de préciser qu'il lui est impossible de répondre à la question — en cas de réquisition pour fixer cette ITT — ou d'orienter sa détermination à des services de médecine légale (unité médico-judiciaire). Dans ce cadre, la position du médecin généraliste peut être ambivalente et difficile [6]. En effet, en plus de délivrer des soins, le médecin généraliste établit une évaluation fonctionnelle (physique et psychique) indépendante et neutre. Cette mission s'apparente à une forme d'expertise médicale. Et selon l'article 105 du Code de déontologie médicale : « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade (…).* »

Certificats et assurances

Un autre domaine sensible de rédaction de certificats médicaux concerne les demandes des patients pour remplir des questionnaires de santé simplifiés, d'établir un rapport médical dans le cadre d'une couverture assurantielle ou des demandes impliquant les assurances pour les ayants droit d'un patient décédé. Ces demandes d'évaluation de l'état de santé d'une personne sont également une situation médicale délicate.

Couverture assurantielle

Dans le cadre d'une demande de couverture assurantielle, le médecin généraliste est garant d'une déclaration sincère et complète en assistant son patient, tout en préservant le secret médical, qui ne peut pas être opposable à la personne. Il est ainsi stipulé à l'article L. 113-2, 2e alinéa, du Code des assurances : « *L'assuré est obligé (…) de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge (…).* »

Le médecin généraliste peut aider le patient à compléter un questionnaire de santé simplifié, sans avoir l'obligation de le contresigner. Le médecin n'a pas vocation à le remplir et encore moins à l'adresser au médecin mandaté par la compagnie d'assurances pour évaluer le risque. Le rôle du médecin est de pouvoir informer et accompagner son malade dans ces démarches contractuelles.

Dans le cas d'une demande de rapport médical — le questionnaire fait apparaître des éléments pouvant faire augmenter le risque du fait de montant de capital ou d'emprunt important ou d'un risque aggravé de santé —, l'établissement des constatations médicales doit être objectif et sans omission. Le médecin généraliste avertit et informe son patient, candidat à l'assurance, des constatations médicales demandées et réalisées. Ce rapport médical est remis au patient qui l'adresse ensuite au médecin mandaté par l'assurance pour évaluer le risque. Ce n'est pas au médecin de faire ces démarches ni de se prononcer sur le risque. Les honoraires de cette évaluation ne sont pas couverts par l'Assurance Maladie.

Après le décès du patient

Dans le cas des démarches post mortem, les ayants droit, le concubin ou la personne qui était liée par PACS peuvent demander au médecin généraliste d'attester de faits médicaux ou de communiquer certaines pièces médicales. Un certificat médical indiquant les causes du décès peut être demandé tout comme pour défendre la mémoire du défunt, un document médical servant de support pour faire valoir leurs droits peut aussi être délivré. Des communications de pièces médicales peuvent aussi répondre à ces demandes légales. En effet le 3e alinéa du V de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique stipule : « *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (…).* » S'il y a lieu de communiquer des pièces du dossier médical, il ne faut transmettre que celles qui sont nécessaires et donc utiles à la demande.

Reste que le patient ne s'y soit pas opposé de son vivant !

Conclusion

Le médecin généraliste doit par sa conscience permettre l'expression des confidences de son patient, tissant une relation unique de confiance. Ce lieu sacralisé de l'exercice médical, unique et individuel, doit pouvoir s'ouvrir aux autres professionnels et pas uniquement ceux du soin. L'échange d'informations médicales est indispensable à la prise en charge du patient. L'établissement de certificats médicaux est une demande croissante tant par les personnes que par la société. Le médecin généraliste accompagne son patient dans toutes ces demandes et exigences, afin que le secret médical puisse continuer à perdurer et permettre que chaque patient reste une personne et ne se réduise pas à des données de santé.

Références

[1] Conseil national de l'Ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate. [En ligne]. Paris : CNOM ; 2012. Disponible : sur https ://www.conseil-national.medecin.fr.

[2] Code de la santé publique, Ier livre, titre II, section 1 : Code de déontologie médicale (art. R. 4127-1 à R. 4127-112). [En ligne]. Disponible sur : https ://www.legifrance.gouv.fr.

[3] Loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [En ligne]. Disponible sur : https ://www.legifrance.gouv.fr.

[4] Loi no 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. [En ligne]. Disponible sur : https ://www.legifrance.gouv.fr.

[5] Code pénal: art. 222-11, 222-13, 222-19, 222-20 et textes réglementaires R. 624-1, R. 625-1. [En ligne]. Disponible sur : https ://www.legifrance.gouv.fr.

[6] Barrios L, Clément R, et al. Difficultés rencontrées par les généralistes sur la détermination de l'incapacité totale de travail (ITT). Rev Prat 2014;64(1).

Chapitre 44

Sécurité du patient, événements indésirables associés aux soins

Marc Chanelière

PLAN DU CHAPITRE

Concepts, terminologie et éléments épidémiologiques sur les événements indésirables associés aux soins en médecine générale 425
Analyser les événements indésirables associés aux soins 427
Mettre en place les changements de pratiques propices à l'amélioration de la sécurité des soins 429
Savoir réagir en situation d'événement indésirable associé aux soins 430
Conclusion. 431

Quand un patient est pris en charge par son médecin généraliste ou, plus généralement, par tout acteur de soins, un événement non désiré, inattendu et qui altère la qualité des soins peut se manifester. On parle d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) pour désigner ces situations, qui revêtent un caractère fréquent. Si dans l'immense majorité d'entre elles, on ne déplore heureusement aucun préjudice pour la santé des patients, elles doivent toutefois être prises en compte par le médecin généraliste. En effet, la compréhension de leurs causes peut efficacement contribuer à réduire le risque de survenue d'un incident similaire, et la mise en œuvre de mesures d'amélioration de pratiques spécifiques contribue à renforcer la qualité et la sécurité des soins.

C'est là tout le paradoxe de l'erreur en médecine : si elle se doit d'être évitée, elle peut contribuer dans le même temps à améliorer la sécurité des soins.

Ce chapitre abordant les aptitudes requises pour faire face à de telles situations se subdivise en trois parties : connaître les éléments conceptuels, terminologiques et épidémiologiques autour de la sécurité du patient, connaître les principes d'une analyse systémique d'un EIAS, et enfin savoir quelle réaction est judicieuse face à une situation marquée par un EIAS.

D'autres éléments relatifs à la sécurité, et plus généralement à la qualité des soins se trouvent dans le chapitre 55 « Qualité et sécurité des soins ».

Concepts, terminologie et éléments épidémiologiques sur les événements indésirables associés aux soins en médecine générale

Il est nécessaire de définir préalablement ce qu'on entend par sécurité du patient et EIAS. Si des incidents liés aux soins sont décrits dans la littérature, sous des termes variés, et si dès l'origine les soignants en tout temps et en tout lieu ont évidemment cherché à dispenser les soins les plus susceptibles de guérir les patients, la stabilisation de la terminologie relative à la sécurité des soins reste récente.

Nous nous plaçons dans le cadre de cet ouvrage dans le champ de la médecine générale.

Concepts de sécurité du patient et d'événement indésirable associé aux soins

Le terme de sécurité du patient est la traduction française du terme anglais *patient safety*. En France, l'usage du terme sécurité des soins prévaut, recouvrant cependant la même notion. L'OMS définit la sécurité du patient [1] comme « *l'absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé. Une atteinte associée aux soins de santé est une atteinte découlant — ou associée à — de(s)*

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent ». Ainsi, tout ce qui concourt à réduire les risques d'atteintes en lien avec les processus de soin peut s'inscrire dans le domaine de la sécurité du patient. Cette définition est large et désigne donc un nombre de situations potentielles très important.

Le terme d'événements indésirables associés aux soins (EIAS), utilisé en France, recouvre celui d'incident relatif à la sécurité du patient, traduction littérale du terme anglais de *patient safety incident* ; et lui-même recouvre le terme *adverse event* (événement défavorable). On peut définir un EIAS en médecine générale ou plus généralement en dehors d'un établissement de santé [2] comme « *tout événement ou toute circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas* ». Il s'agit encore d'une définition large, dont le caractère fonctionnel est important : ainsi les EIAS concernent tout le monde, enfants, adultes, personnes âgées, hommes ou femmes, etc. Ils intéressent autant les démarches diagnostiques que thérapeutiques ou préventives (par exemple, erreur de prescription d'un vaccin contre l'hépatite B, retard de diagnostic d'un angor, etc.). Surtout, il n'est pas nécessaire que l'atteinte soit effective pour qu'une situation soit considérée comme un EIAS : dès lors qu'il ait pu y avoir un impact négatif sur la prise en charge du patient, on peut considérer qu'il s'agit d'un incident.

Situation clinique

Un patient contacte son médecin généraliste car l'antibiotique prescrit lui a donné une forte réaction cutanée par le passé. Le médecin consulte le dossier du patient, s'aperçoit que la mention d'allergie n'était pas correctement notée dans le dossier informatique ; il corrige le dossier, et change la médication du patient : il n'y a pas eu de conséquence pour le patient qui a détecté l'erreur, toutefois cette situation permet d'identifier un défaut dans la mention des allergies dans le dossier patient.

La gravité d'un EIAS en ville peut être rattachée à la survenue d'un décès, d'une hospitalisation ou moins directement à la prolongation d'une hospitalisation ou d'une incapacité fonctionnelle temporaire ou permanente.

Le nombre de situations potentielles est très large et s'il n'est ici pas question de les lister toutes, voici pour illustrer quelques exemples d'EIAS en médecine générale :

- une hypotension sévère chez une personne âgée, en lien avec une erreur de dosage dans le renouvellement du traitement antihypertenseur par Ramipril® ;
- la non-communication du résultat des biopsies gastriques au médecin traitant entraînant un retard de plusieurs mois dans la prescription d'un traitement éradicateur de *Helicobacter pylori* ;
- l'automédication par ibuprofène d'un patient sous anticoagulants oraux ; absence de signes cliniques, mais déséquilibre de l'INR ;
- la désadaptation de l'aiguille pendant la vaccination d'un nourrisson, un vaccin identique est réalisé la semaine suivante par le médecin ;
- une réaction cutanée diffuse, secondaire à la prise d'un traitement hypo-uricémiant chez un patient goutteux de 67 ans ;
- la prescription de la contraception orale d'une patiente au nom de sa fille de 10 ans, appel de la pharmacie pour régulariser l'ordonnance ;
- la découverte d'une anémie à 8 grammes chez une patiente de 50 ans : la patiente a consulté à trois reprises en 2 mois pour une fatigue inhabituelle. La fatigue a été attribuée à un contexte de stress professionnel et de rupture amoureuse.

Bien que liées et parfois utilisées l'une pour l'autre, les notions d'erreur et d'EIAS devraient être distinguées. En effet, les EIAS résultent des erreurs, plus qu'ils ne les recouvrent. La survenue d'un EIAS peut découler d'une ou plusieurs erreurs. Toutefois ces dernières sont elles-mêmes souvent en lien avec des facteurs plus profonds : on parle alors de facteurs contributifs, parfois aussi de cause profonde.

Situation clinique

Lors de la dispensation du traitement à un patient, du répaglinide 2 mg (un antidiabétique oral) est introduit à la place de rilmédinine (un antihypertenseur) chez une patiente âgée hypertendue sévère. L'erreur est découverte quelques semaines plus tard lorsque la patiente demande à son médecin pourquoi elle doit prendre un traitement pour le diabète à l'issue de la visite chez le cardiologue. Le médecin généraliste constate que le cardiologue a rajouté le traitement par rilmédinine à la main sur l'ordonnance (de manière peu lisible) et que ce traitement n'est pas mentionné dans le compte rendu qu'il a reçu après la visite.
La patiente explique que le cardiologue était en retard, qu'elle l'a trouvé stressé, sans doute à cause de son ordinateur qui fonctionnait mal.
Sans détailler davantage cet exemple, y apparaissent plusieurs facteurs contribuant en amont à la survenue de l'EIAS.

Épidémiologie des événements indésirables associés aux soins en ville

Les EIAS sont fréquents en ville comme à l'hôpital.

En France, les deux enquêtes nationales sur les événements indésirables graves liés aux soins de 2004 et 2009 (ENEIS 1 et 2) ont permis d'estimer que 4,5 % des hospitalisations annuelles résultaient d'un EIAS grave en ville [3]. En 2011, dans l'étude sur les éléments de la consultation en médecine générale [4] (ECOGEN), 4,3 % des consultations comportaient au moins un EIAS soit environ une consultation par jour et par médecin généraliste. La iatrogénie médicamenteuse se situait en septième position parmi les dix pathologies les plus fréquemment rencontrées dans cette étude. Les EIAS concernaient plus spécifiquement les patients âgés, indépendamment du sexe ($p < 0{,}001$) et les patients en ALD (9,2 % des EIAS, $p < 0{,}001$). En 2013, dans l'étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés (ESPRIT), la fréquence globale était de 26 EIAS pour 1 000 actes [5] soit environ un EIAS tous les 2 jours par médecin généraliste, au regard d'une activité moyenne journalière de 22 actes par médecin généraliste. Les EIAS graves étaient toutefois rares (2 % des EIAS

identifiés) et dans près de trois quarts des EIAS, il n'y avait aucune conséquence pour le patient.

Ces chiffres sont cohérents avec ceux rapportés dans la littérature : un EIAS serait ainsi susceptible d'être observé par le médecin généraliste dans près de trois consultations journalières [6] et le portrait-robot du patient à risque d'EIAS est connu : un patient âgé, plutôt de sexe féminin, dont l'état de santé est marqué par une polypathologie et une polymédication.

Analyser les événements indésirables associés aux soins

Certes, les EIAS survenant en ville sont souvent sans conséquences. Toutefois, ils ont des causes, qui devraient être comprises afin de renforcer la sécurité des soins.

Il s'agit pour le médecin généraliste d'opérer selon une approche systémique, qui privilégie la recherche des facteurs contributifs d'un EIAS, c'est-à-dire de ses causes profondes, plutôt que d'en rechercher un coupable. Une fois les dysfonctionnements repérés, il est envisageable de réfléchir aux changements de pratique judicieux, qui permettent d'éviter qu'un nouvel EIAS similaire ne se produise à nouveau. Dit autrement, une situation qui compromet la sécurité du patient est susceptible, correctement exploitée, d'améliorer les soins au bénéfice de tous, patient, soignant et système de santé [7].

Approche systémique : le modèle en « tranches de fromage suisse » (modèle de Reason)

Dans une approche systémique, il ne s'agit pas de déterminer la responsabilité d'un seul individu, mais de s'en détacher, pour considérer l'organisation des soins ou le système dans son ensemble, acteurs compris [7].

Le modèle en « tranches de fromage suisse » proposé par James Reason [8] est très souvent utilisé pour illustrer cette approche (figure 44.1).

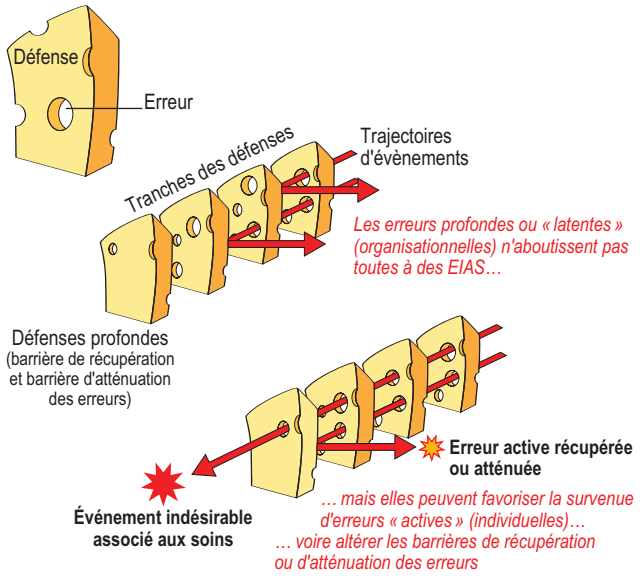


Fig. 44.1 Modèle en « tranches de fromage suisse » de James Reason. *Illustration de Carole Fumat.*

Dans ce modèle, il s'agit de considérer la trajectoire qui conduit à l'EIAS. Cette dernière traverse plusieurs plaques symbolisées par des tranches de gruyère au sein desquelles les dysfonctionnements ou les « erreurs » sont représentés par des trous. Un incident survient quand la trajectoire ne rencontre aucune barrière, aucun obstacle et emprunte successivement tous les trous.

James Reason propose de distinguer deux grands types d'erreurs :

- les erreurs latentes, qui sont plutôt en lien avec l'organisation des soins (au sens large) ; par exemple : un manque de papier dans l'appareil à ECG, la non-réception d'un résultat d'examen sanguin ou encore une panne informatique du logiciel métier ;
- les erreurs patentes, ou actives, qui sont plutôt en lien avec des « violations conscientes » des acteurs de soins ; par exemple, la prescription d'un antibiotique à un patient se disant allergique, en estimant que cela n'est *probablement* pas une allergie, ou l'absence d'appel à un patient suite à un résultat positif d'un test de recherche de sang dans les selles en estimant qu'il est *sûrement* déjà au courant.

Rechercher les causes d'un événement indésirable associé aux soins

Pour rechercher les facteurs contributifs d'un EIAS, le médecin généraliste reconstitue la chronologie — c'est-à-dire « la trajectoire » dans le modèle de Reason [8] vu plus haut. Ensuite, il identifie l'incident en tant que tel, puis questionne pour chaque étape l'existence d'un problème, en déterminant si ce dernier résulte de causes profondes. Par définition, ces facteurs contributifs sont souvent cachés et non visibles de prime abord. Afin d'illustrer concrètement cette démarche, nous proposons d'utiliser l'exemple suivant.

Constituer le récit de la situation

Situation clinique

Mme P., patiente de 90 ans, vit seule à domicile. Elle est autonome, n'a pas de gros problèmes de santé, hormis une hypertension artérielle, habituellement contrôlée par 10 mg par jour de ramipril.
Un lundi matin, son médecin généraliste apprend par la fille de la patiente que cette dernière a chuté dans la nuit de samedi à dimanche et qu'elle a été hospitalisée pour une fracture du radius. Selon toute vraisemblance, sa chute résulte d'un malaise dans la nuit (« elle s'est sentie partir, ça tournait »), en raison de chiffres tensionnels trop bas (PAS à 8 aux urgences). La fille de la patiente explique : « Elle m'a dit qu'elle vous avait appelé pour sa tension vendredi, car elle avait seulement 10. » Le médecin généraliste est doublement contrarié car s'il est avant tout navré pour cette patiente qu'il apprécie beaucoup, il se remémore un message de la patiente où elle mentionnait le chiffre de 18.
Ne comprenant pas ce qu'il s'est passé, le médecin généraliste décide d'analyser cette situation.
La reconstitution du récit implique de ne pas se limiter aux seuls aspects biomédicaux : plus qu'un cas clinique, il s'agit de raconter une situation, enrichie par les éléments de contexte de prise en charge, sans doute à la manière de ce qui est attendu dans la narration d'un récit de situation clinique authentique. Voici la suite du récit.
Le médecin généraliste confie « beaucoup apprécier la patiente, même si elle a souvent tendance à s'inquiéter inutilement ».

Depuis 3 mois, elle avait consulté plusieurs fois pour lui demander si « elle ne devrait pas prendre un traitement plus fort pour sa tension, comme sa fille ».
Le médecin généraliste raconte « elle surveille trop sa tension, autant qu'elle craint les effets secondaires des médicaments. Sa tension était entre 14 et 16,5. Sincèrement, je n'étais pas très inquiet, mais elle l'était tellement et je n'arrivais pas à la rassurer… Alors j'ai voulu bien faire, et il y a 2 semaines, j'ai fini par ajouter un peu d'amlodipine 5 pour que les chiffres soient un peu mieux. »
Le médecin généraliste se souvient de la journée de vendredi matin. La patiente avait laissé un message à son attention par l'entremise du secrétariat à distance : « Patiente très inquiète, qui parlait vite et était contrariée que je ne sois pas la secrétaire habituelle qui la connaît bien (!). Vous demandez si elle doit vraiment continuer son nouveau traitement car elle a 18 de tension. »
Cette semaine-là, il y avait en effet beaucoup d'activité au cabinet, en raison de l'absence d'une autre médecin qui n'avait pu trouver de remplaçant disponible. Et dans le même temps, la secrétaire du cabinet étant malade, il avait fallu utiliser une plateforme à distance. Le médecin s'était promis de rappeler la patiente, comme il le fait habituellement, dès qu'il aurait un peu de temps devant lui dans la journée.
Vers 18 h 45, il s'est souvenu du message de cette dernière, mais il était en retard…
Et puis, il y avait une autre patiente qui lui avait demandé de voir son bébé de 3 semaines, plutôt qu'elle-même. Son jeune fils avait une forte fièvre et il avait dû organiser le transfert de l'enfant vers l'hôpital. Craignant de rappeler trop tardivement la patiente, il avait alors écrit un message au télé-secrétariat pour cette dernière : « Oui, il faut continuer le traitement à l'identique. Pas d'inquiétude. Merci de lui transmettre. »
Pourquoi avait-elle fait une chute de pression artérielle le surlendemain ?
Finalement, quelques semaines après, la patiente va bien et elle a pu regagner son domicile. Seul le traitement par ramipril a été maintenu à 5 mg. Le médecin généraliste la revoit en visite ; ils évoquent tous les deux cette mésaventure.
« Vous m'aviez dit vendredi dans le message que vous aviez 18, c'est bizarre que vous ayez chuté ?! Et là je vois 8 de tension à votre arrivée à l'hôpital, c'est fou !
– Oh non Docteur, justement, j'avais déjà 10 de tension ; c'est pour ça que je vous avais appelé. Regardez par vous-même, je l'ai écrit sur mon agenda. »
Il est écrit 10/8 sur l'agenda de la patiente.

Reconstituer la chronologie de l'EIAS

Il faut reconstituer la chronologie des faits ; au-delà d'une simple hiérarchisation des temps de prise en charge, il s'agit d'identifier les problèmes qui sont apparus [7].

Dans cet exemple, la chronologie est la suivante :

- Plusieurs mois en amont : la patiente a consulté plusieurs fois son médecin généraliste ; angoissée par sa tension, elle sollicitait une modification de son traitement antihypertenseur.
- 15 jours en arrière : le médecin généraliste a modifié le traitement en ajoutant amlodipine 5 mg ; pas très inquiet, mais il souhaitait rassurer cette patiente qu'il apprécie.
- Vendredi : la patiente contacte le médecin généraliste pour sa tension (le message mentionne 18) et — par messages interposés — ce dernier lui conseille de ne rien changer.
- Nuit du samedi au dimanche (week-end suivant) : la patiente chute en se levant (malaise hypotensif) ; elle se blesse (fracture du radius) et est hospitalisée plusieurs semaines.
- Lundi suivant : le médecin généraliste apprend l'hospitalisation de la patiente par sa fille.
- Quelques semaines après : le médecin généraliste voit la patiente en visite à son domicile.

Identifier avec précision les problèmes

Cette situation rapportée entre dans le champ de la définition d'un EIAS.

Par ailleurs, le médecin généraliste est contrarié par cette situation, illustrant par là même, la dimension d'un soignant, seconde victime des EIAS [9]. Toutefois, un ressenti négatif sinon de la culpabilité ne suffisent pas à considérer une situation comme un EIAS. Il peut être difficile de faire la distinction entre l'EIAS, ses conséquences et ses causes. Il convient alors de se référer à la chronologie de l'événement et de vérifier que causes, EIAS et conséquences s'enchaînent de manière cohérente.

Dans cet exemple, l'EIAS est la chute de la patiente ; cette chute a entraîné une fracture du radius et son hospitalisation plusieurs semaines. La cause principale — c'est-à-dire la plus proche de l'EIAS — est le malaise de la patiente, en lien avec une pression artérielle trop basse.

Déterminer les causes profondes l'EIAS

Pour rechercher les causes, classiquement, on peut se poser à chaque étape chronologique la question : « *Pourquoi est-ce arrivé ?* » Il faut idéalement se poser la question cinq fois consécutives, afin d'explorer les causes en profondeur [7].

Au-delà, il s'agit de comprendre les mécanismes sous-jacents à l'origine d'un problème : Pourquoi ? Quand ? Qui a détecté ou n'a pas détecté le problème ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ? A contrario, qu'est-ce qui a fonctionné ? En effet, certains mécanismes contribuent à atténuer les conséquences d'un EIAS, et il est judicieux de les déterminer.

Concernant la situation, considérons la chute de la patiente qui représente l'EIAS et analysons la cause immédiate de cette dernière.

- Pourquoi a-t-elle chuté ? En raison d'un malaise.
- Pourquoi un malaise ? Sa pression artérielle nocturne était trop basse.
- Pourquoi une pression artérielle trop basse ? La pression artérielle peut baisser la nuit et le traitement était sans doute trop fort.
- Pourquoi un traitement trop fort ? Ajout d'amlodipine 5, deux semaines auparavant.
- Pourquoi avoir modifié le traitement ? Le médecin généraliste souhaitait obtenir des chiffres un peu plus bas pour rassurer la patiente.

La recherche des causes profondes ne saurait être complète, sans analyser aussi dans cette situation le maintien du traitement par amlodipine. L'analyse est alors plus complexe, en raison de multiples dysfonctionnements sous-

jacents, contextuels, et qui n'apparaissent pas tous en lien avec l'EIAS de prime abord.

- Pourquoi le traitement a-t-il été maintenu ? Absence d'échange direct entre le médecin généraliste et la patiente (alors qu'il semble que c'est habituellement le cas).
- Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'échange direct ? Le médecin n'a pas pu contacter la patiente ce jour-là.
- Pourquoi ne pas avoir contacté la patiente ? En raison d'une charge de travail importante (retard), du stress du médecin (contexte de prise en charge imprévue d'un nourrisson de 3 semaines) et souhait de ne pas appeler trop tardivement sa patiente âgée.
- Pourquoi la charge de travail était-elle importante ? Surcroît d'activité au cabinet cette semaine.
- Pourquoi y avait-il un surcroît d'activité ? Absence d'une médecin non remplacée.

Il ne s'agit pas bien sûr d'incriminer ici l'absence d'une médecin au bénéfice du médecin généraliste de la patiente ; encore une fois, l'EIAS résulte de la multiplication de causes [8], dont certaines peuvent apparaître initialement très éloignées de l'incident.

Enfin, si on s'intéresse à l'information erronée concernant la pression artérielle de la patiente dans son message.

- Pourquoi le chiffre tensionnel indiqué dans le message était erroné ? Confusion orale entre 18 et 10/8.
- Pourquoi peut-il y avoir eu confusion dans les chiffres ? La patiente a parlé vite.
- Pourquoi la patiente parlait vite ? La patiente était stressée et était contrariée de ne pas avoir la secrétaire habituelle (qui la connaît).
- Pourquoi n'est-ce pas la secrétaire habituelle ? Secrétaire malade, recours à un télé-secrétariat.

Synthèse

À l'issue de cette phase, de nombreuses causes profondes apparaissent, derrière une cause plus évidente : la confusion orale entre 10/8 et 18. Soulignons l'intrication entre des facteurs d'ordre organisationnel (surcroît d'activité, urgence non programmée, recours à un télé-secrétariat, etc.) et des facteurs humains, notamment d'ordre relationnel (souhait de rassurer la patiente, stress de la patiente qui n'a pas affaire à son interlocutrice habituelle, etc.).

A posteriori et à l'issue d'une analyse décontextualisée, il est certainement facile de conclure au caractère évitable de cet EIAS, comme dans la majorité des cas d'ailleurs puisqu'il est souvent rapporté dans la littérature des taux d'*évitabilité* compris entre 50 à 70 %. L'approche systémique ne se doit pas d'être jugeante ou culpabilisante. Au contraire, elle cherche à mettre en évidence la multiplicité des causes profondes et la compréhension de leurs mécanismes d'interaction. Il paraît dès lors souhaitable de concevoir ce travail de manière collective, accompagné d'un autre ou de plusieurs soignants (médecins généralistes ou autres).

Ainsi faite, l'analyse est souvent plus exhaustive, car des points de vue différents concourent à une meilleure compréhension, comme dans une revue de mortalité ou de morbidité [7, 10].

Mettre en place les changements de pratiques propices à l'amélioration de la sécurité des soins

Exemples de mesures correctives

À l'issue de l'analyse systémique de cet exemple de situation, le médecin généraliste cherche quels éléments il pourrait changer dans sa pratique pour éviter qu'une situation similaire ne se produise. Il n'est ainsi pas rare que des patients contactent leur médecin généraliste pour des chiffres de tension trop hauts ou trop bas. Comment pourrait-il faire ? Il envisage deux solutions :

- dire au secrétariat de bien demander systématiquement si le chiffre indiqué est bien correct pour faire préciser, si besoin, tous les chiffres d'une mesure tensionnelle par le patient ;
- systématiser en amont auprès des patients une consigne d'arrêt ou de modification de traitement en cas de valeurs tensionnelles trop basses ou trop hautes, et noter ces éléments sur l'ordonnance lors de la modification du traitement de fond ou de l'introduction d'un nouveau traitement sur l'ordonnance.

La première mesure lui paraît simple, mais il doute de son efficacité : elle procède davantage d'une intention que d'une mesure précise. La seconde lui semble plus judicieuse : elle formalise une démarche d'éducation thérapeutique auprès du patient, traçable au regard de notes sur l'ordonnance. Il opte pour cette dernière.

Des mesures d'améliorations pertinentes

Prendre du temps, demander systématiquement si un patient a une allergie médicamenteuse, commander régulièrement du papier pour l'appareil ECG ou regarder les résultats des bilans sanguins du jour chaque soir, autant de mesures correctives qui procèdent certes de bonnes intentions, mais qui ne constituent pas réellement des mesures d'améliorations pertinentes.

En effet, il ne s'agit pas tant d'éviter d'être en retard, que de retirer quotidiennement un créneau de consultation en milieu de journée sur son agenda ; de même, il ne s'agit pas tant de commander régulièrement du papier pour l'ECG que de désigner au sein du cabinet un responsable en charge de la commande de fournitures chaque trimestre ou de mettre un état des stocks actualisé sur la porte du placard du matériel.

Ainsi, la capacité à améliorer la sécurité des soins, en réduisant le risque de survenue d'un nouvel EIAS, est liée à l'élaboration d'un changement cohérent, précis et acceptable [7] (notion de moyens).

La cohérence réfère à la nécessité d'un lien entre la cause que l'on souhaite « traiter » et la nature du changement de pratique. *Par exemple, si la cause profonde est liée à un défaut d'utilisation du logiciel de prescription, un changement cohérent consiste à se former à son utilisation, plutôt qu'à faire bien attention en prescrivant.* Dit autrement, la nature de la mesure corrective est souvent identique à celle de la cause profonde.

Concernant la **précision**, elle réfère à l'identification des moyens à mettre en œuvre. Par exemple, s'il s'agit de pouvoir consulter les résultats des biologies du jour, prévoir une plage de 15 minutes dans le planning quotidien pour consulter le serveur informatique du laboratoire. À défaut, on reste dans une intention souvent vaine.

Enfin, les moyens doivent être acceptables. Par exemple, pour limiter les interruptions de tâche, donner pour consigne au secrétariat de prendre les messages des patients, mais autoriser le contact direct en cas d'appel émanant d'un professionnel de santé. Certes, couper la ligne téléphonique est aussi possible mais cela n'est sans doute pas acceptable du point de vue des patients.

« L'enfer est pavé de bonnes intentions »

Dit simplement : toute mesure d'amélioration inadéquate est susceptible de perturber les soins sinon d'entraîner un risque plus important encore que celui qu'elle cherchait à corriger. Il s'agit d'évaluer avant la mise en œuvre d'un changement de pratique, si ce dernier est réellement toujours judicieux. Par ailleurs, il faut suivre dans le temps un changement de pratique pour s'assurer qu'il reste pertinent.

Considérons l'exemple suivant.

Situation clinique

Dans un cabinet de médecin généraliste, les médecins décident de renseigner de manière systématique la mention d'une allergie médicamenteuse. Il s'agit en soi d'une mesure pertinente, susceptible d'éviter la prescription de médications inappropriées. À l'occasion d'un effet secondaire médicamenteux chez une patiente pour laquelle il n'était notifié aucune allergie, les médecins généralistes du cabinet s'aperçoivent que d'une part, tous ne notent pas au même endroit cette information et, d'autre part, que cette information n'est pas mise à jour régulièrement. Les médecins généralistes du cabinet prévoient de mettre en place un rappel automatisé dans le dossier de chaque patient, afin que cette information soit explorée chaque année lors d'une consultation.

Savoir réagir en situation d'événement indésirable associé aux soins

Détection ou découverte d'un EIAS : avant tout garantir la continuité des soins

La découverte d'un EIAS dans la prise en charge d'un patient par le médecin généraliste est parfois brutale et déstabilisante [7, 9, 10], notamment quand les conséquences sont graves pour le patient, même si ces situations sont rares en médecine générale. Il convient alors d'avoir en tête que c'est la continuité des soins au patient qui prime et on peut distinguer schématiquement deux cas de figure :

- la découverte de l'EIAS ou ses conséquences sur le patient est le fait du médecin généraliste et/ou sa gestion immédiate incombe au médecin généraliste ;
- l'EIAS ou ses conséquences sur le patient a été géré par un autre professionnel.

Dans la première situation, le médecin généraliste met en œuvre tout ce qu'il est possible de faire pour atténuer les conséquences sur le patient, indépendamment de l'existence d'une erreur. Il s'agit de continuer à prendre en charge le patient et mettre en œuvre les mesures adaptées.

Par exemple, la découverte d'un INR fortement déséquilibré chez un patient âgé ayant chuté avec volumineux hématome du siège, dans le contexte de prescription d'une antibiothérapie pour un tableau de bronchopneumopathie ; le médecin généraliste gère l'arrêt temporaire de l'anticoagulant, la prescription d'une dose de vitamine K et la surveillance clinique du patient par la mise en place d'un passage infirmier.

Dans la seconde situation, les conséquences de l'EIAS sont gérées par d'autres professionnels, voire au sein d'un service hospitalier.

Prenons pour exemple la situation suivante : un patient de 82 ans hospitalisé pour un tableau confusionnel, en lien avec une hyponatrémie sévère (122 mmol/l). Le patient avait été vu par son médecin généraliste 2 semaines auparavant avec introduction de paroxétine 20 mg, ce dernier suspectant un syndrome dépressif atypique (ralentissement global du patient et dégradation cognitive depuis quelques mois).

L'arrêt du traitement et des autres hyponatrémiants associés (oméprazole et furosémide) permet au patient de recouvrer rapidement son état cognitif antérieur. Le médecin généraliste n'aura connaissance de l'EIAS qu'à la réception du compte rendu d'hospitalisation, plusieurs semaines après la survenue de ce dernier. Toutefois, c'est lui qui continue d'assurer la prise en charge du patient.

À défaut d'être concomitante avec la détection d'un incident, l'annonce au patient du caractère indésirable et des conséquences associées sont une étape importante, particulièrement en médecine générale, au regard du caractère spécifique de la relation patient-médecin.

Annonce d'un dommage lié aux soins

La question de l'annonce d'un dommage lié au soin est complexe. Faut-il systématiquement *tout* dire au patient ? Faut-il systématiquement évoquer avec un patient un incident qui n'a pas eu de conséquences et dont il n'a pas eu connaissance ?

Rappelons ici trois grands principes.

Tout d'abord, il existe une relation de confiance unissant le patient à son médecin généraliste. Cette confiance concerne toutes les compétences du médecin généraliste, y compris sa capacité à témoigner le cas échéant qu'il s'est passé une chose non voulue dans la prise en charge sinon même qu'il s'est trompé. En l'état, ce qui caractérise le soin en médecine générale est l'existence d'une relation parfois très ancienne sur laquelle le médecin généraliste s'appuie dans ces circonstances.

Ensuite, l'EIAS et ses conséquences pour le patient ne sont pas modifiés par l'annonce faite au patient. Dit plus simplement, cela ne change rien à l'incident en lui-même, et ce indépendamment de la gravité potentielle de ce dernier. A contrario, on peut estimer en substance que la relation de confiance est d'autant plus compromise que le patient attend du médecin généraliste qu'il aborde l'incident auquel il a éventuellement pu contribuer.

Enfin, il faut conserver à l'esprit que la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins s'inscrit dans une

approche systémique, où il ne s'agit pas de se désigner coupable — ce qui est davantage en phase avec une approche médico-légale — mais d'expliquer au patient comment un incident a pu survenir, en lien avec des causes plus profondes qu'il n'y paraît. Par ailleurs, si le patient peut contribuer efficacement à la sécurité de ses soins, il peut contribuer parfois activement à leur insécurité.

Par exemple, en différant la réalisation des analyses sanguines complémentaires prescrites par le médecin généraliste, en prenant des antalgiques opiacés à de plus fortes doses qu'indiquées ou encore des antibiotiques pour un mal de gorge en l'absence d'avis médical, etc.

Soulignons ici que cette démarche doit faire l'objet d'une attention toute particulière quand la prise en charge implique un soignant en formation initiale, par exemple un étudiant en DES de médecine générale en stage de niveau 2. Dans cette situation, il apparaît logique que la supervision puisse s'opérer de manière présentielle lors de l'annonce.

Le médecin généraliste ne doit pas rester seul face à l'erreur

Si les EIAS graves sont finalement peu fréquents en ville — de l'ordre d'un à deux par médecin généraliste et par an [4–6] —, un médecin généraliste y sera forcément confronté un jour dans son exercice. Des travaux auprès de médecins généralistes ont mis en évidence un impact sur le médecin et sa pratique [7, 10, 11]. D'abord, le médecin généraliste peut éprouver du stress, de la colère et plus souvent encore de la culpabilité, qui concourent à la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel. Ensuite, des conduites d'évitement de certaines situations de soin ou l'arrêt de certains types de prise en charge sont parfois mis en place après un EIAS : certains médecins généralistes ont durablement modifié leur pratique à la suite d'un incident survenu plusieurs années en arrière, parfois de manière définitive.

Le médecin généraliste, comme les autres soignants, a ainsi été décrit comme la seconde victime des EIAS, plus encore en cas d'erreur. Ne pas rester seul et s'ouvrir à d'autres professionnels (pairs, collègues soignants, etc.) en cas d'EIAS est important.

Comprendre et partager pour apprendre : signaler les EIAS

L'approche systémique vise à améliorer la sécurité de sa pratique ; il est également judicieux de prévenir les autres lorsqu'un risque a été identifié. Ce partage d'expérience peut se matérialiser de plusieurs manières.

D'abord en signalant tout EIAS grave, ceux notamment en lien avec un médicament sur le portail national (cf. chapitre 53). La place du médecin généraliste dans les soins premiers lui offre une perspective singulière dans la détection des EIAS et s'il n'est sans doute pas question de tout signaler, il paraît logique de bien ou mieux signaler.

Au-delà du signalement qui réfère à la mise en alerte à un échelon régional sinon même national, il y a sans doute un niveau plus proche du médecin généraliste. Ainsi, le partage d'expérience peut s'opérer dans un groupe d'analyse entre pairs [10], avec le cas échéant les étudiants en troisième cycle ou encore les autres soignants du cabinet ou de la maison de santé.

À la manière de ce qui est réalisé dans les établissements de santé, des réunions d'analyse d'EIAS type revue de mortalité et morbidité sont possibles en soins premiers. Les modalités d'organisation diffèrent sensiblement au regard des spécificités de l'exercice ambulatoire, toutefois le principe d'analyse systémique reste identique. Plusieurs travaux ont souligné l'intérêt de telles démarches en ville tant pour le partage d'expérience que pour le soutien à un médecin généraliste touché par l'incident [7, 10, 11].

Plus encore, ce type de situations devrait faire l'objet d'apprentissage dès la formation initiale, car les étudiants en DES de médecine générale sont aussi concernés par la survenue d'EIAS.

Conclusion

Les événements indésirables associés aux soins sont fréquents en soins premiers et ils contribuent à réduire la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Au-delà du coût engendré, ils peuvent aussi être sources de difficultés pour le médecin généraliste et sa pratique. Il est donc important d'être sensibilisé précocement aux risques d'erreurs afin de pouvoir engager des démarches permettant d'apprendre des situations dont on souhaite qu'elles ne se produisent plus. En cas d'événement indésirable associé aux soins, le dialogue avec le patient et l'échange avec les autres professionnels des soins premiers concourent à prendre soin de tous, patients et soignants.

Références

[1] OMS. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report January 2009. [En ligne]. Genève: OMS. Disponible sur : www.who.int/patientsafety/.

[2] Haute Autorité de santé. Sécurité du patient. Gérer les risques. Évènements indésirables associés aux soins (EIAS) [En ligne]. Saint-Denis: HAS ; 2014. Disponible sur : www.has-sante.fr/.

[3] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Michel P, Lathelize M, Dom S. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. [En ligne]. Paris: DREES ; 2011. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

[4] Chanelière M, Proboeuf T, Letrilliart L, Zerbib Y, Colin C. La iatrogénie observée en médecine générale. exercer 2014 ;114:173–80.

[5] Michel P, Brami J, Chanelière M, et al. Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. PLoS One 2017 ;12(2), e0165455.

[6] Chabas S, Chanelière M, Zerbib Y. Prévalence des événements indésirables associés aux soins en ambulatoire. exercer 2014 ;112(suppl 1):8S–9S.

[7] Chanelière M. Prendre soins des patients en toute sécurité. Brignais: Le Coudrier ; 2019.

[8] Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000 ;320(7237):768–70.

[9] Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000 ;320(7237):726–7.

[10] Chanelière M, Comte C, Keriel-Gascou M, Siranyan V, Colin C. Mise en place d'une revue de morbi-mortalité en médecine générale : à propos d'une expérimentation conduite en Rhône-Alpes. Presse Med 2013 ;42(10):e363–70.

[11] Figon S, Chanelière M, Moreau A, Le Goaziou MF. Impact des évènements indésirables sur la pratique de 15 Médecins généralistes. Presse Med 2008 ;37(9):1220–7.

Situations difficiles dans la relation entre médecin et patient

Jean-Paul Canévet, Louise Rossignol

PLAN DU CHAPITRE

De quoi s'agit-il ? 435
Demandes abusives 436
Refus de traitement 436
La décision partagée 438
Comportements agressifs 438
Mise en échec persistante 439
Crainte excessive d'avoir une maladie 440
Patients présentant des symptômes somatiques fonctionnels 441
Troubles factices 441
Présence systématique d'un tiers 441
Le patient médecin 441
Conclusion 441

Les situations relationnelles difficiles qui peuvent induire malaise ou amertume chez les médecins généralistes mettent en péril le lien de confiance indispensable au soin. La difficulté ne tient pas à une défaillance de l'expertise scientifique, mais à l'implication affective des soignants, constitutive de la relation de soin et mise à mal par certains comportements de patients. C'est pourquoi, les protocoles et algorithmes qui guident habituellement les praticiens dans leurs décisions sont de peu de secours. M. Balint a contribué à identifier cette composante affective pour en faire un outil du soin ou au moins en éviter les effets indésirables [1]. L'épreuve douloureuse vécue par les praticiens face à ces situations difficiles peut être considérée comme un effet indésirable de leur implication émotionnelle, pour eux-mêmes et secondairement pour les patients. Pour vivre au mieux ces situations difficiles, les praticiens peuvent compter sur leurs propres capacités réflexives, guidées par les principes de l'éthique médicale et par quelques propositions issues des sciences humaines incorporées au contenu disciplinaire. Dans cette perspective, l'objectif est d'offrir des pistes de réflexion pour favoriser la mise à distance du malaise induit par quelques-unes de ces situations et pour contribuer à la construction d'attitudes médicales qui préservent la qualité de la relation de soin.

De quoi s'agit-il ?

La notion de situation relationnelle difficile est délicate à circonscrire car, selon la formation, l'expérience, les dispositions de chacun, une même circonstance est considérée comme une difficulté éprouvante par certains ou comme une stimulante occasion d'avancer dans la compétence professionnelle par d'autres. Des auteurs anglo-saxons en ont proposé une classification [2] (tableau 45.1). Ils désignent souvent les patients à l'origine de ces situations par l'expression « *heartsink patient* ». La traduction est difficile mais l'image proposée par C.G. Ellis pour illustrer cette expression qu'il a créée est parlante : « *The feelings felt in the pit of your stomach when their [the patients'] names are seen on the morning's appointment list.* » *[L'impression ressentie au creux de l'estomac quand leur nom apparaît sur la liste des rendez-vous du matin.*] La justesse de l'image souligne le paradoxe du terme « *heartsink patient* » : il caractérise le patient pour nommer un affect propre au médecin [3]. Ce malaise « au creux de l'estomac » peut survenir dans toutes les situations de soin qui prennent les médecins généralistes à contrepied de leurs représentations du métier fondées sur l'expertise, la bienfaisance, l'autonomie professionnelle. Quand de façon répétitive l'expertise scientifique fait face à la défiance ou à la négligence, quand une demande inadéquate devient une exigence, quand le souci de bien faire rencontre l'agressivité des patients, le médecin est mis à l'épreuve. Le malaise ressenti invite alors à un questionnement à la fois sur le sens du comportement du patient et sur le propre positionnement du médecin. Cette démarche est proposée ci-dessous dans quelques situations cliniques fréquemment en cause.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Tableau 45.1 **Classification des *heartsink patients* selon Gerrard et Riddell [2].**

Stéréotypes	Définitions
Black holes	Patient adoptant une attitude d'opposition à toute tentative d'aide du médecin et réitérant continuellement les demandes d'aide
Family complexity	Patient présentant des problèmes impossibles à démêler de ceux de sa famille
Punitive behaviour	Patient formulant sans cesse des griefs contre le médecin
Personal links to the doctor's character	Le médecin partage les espoirs et les craintes du patient, pouvant ainsi favoriser une relation de dépendance
Differences in culture and belief	Les références du médecin et du patient sont totalement opposées, jusqu'à pouvoir se sentir antagonistes
Disadvantage, poverty and deprivation	Les problèmes sociaux ou environnementaux sur lesquels le médecin ne peut pas agir altèrent la qualité de la relation
Medical complexity	La ou les maladies compliquées ou obscures dont souffre le patient, qui en sait parfois plus que le médecin, risquent d'induire un sentiment de déqualification
Medical connections	Lorsque le patient est infirmier ou médecin, le souci de fournir des soins d'exception peut déséquilibrer la relation
Wicked, manipulative and playing games	Comportements manipulateurs, tendant à monter les médecins les uns contre les autres
Secrets	Secrets jamais évoqués en consultation par le patient mais qui sont au cœur de sa vie ou de ses problèmes

Demandes abusives

Les demandes insistantes voire menaçantes de certificat ou de prescription injustifiés du point de vue clinique, réglementaire ou déontologique sont parmi les plus communes de ces situations difficiles. En conduisant le médecin à s'opposer frontalement au patient, elles heurtent l'idée de bienveillance portée par la profession et contraignent à admettre que pratiquer la médecine ne consiste pas à rendre service au patient en toutes circonstances. À l'inverse, en cas de réponse favorable, elles mettent à mal l'autonomie de jugement du praticien. Qu'il s'agisse de la régularisation d'une transgression à la règle (antidater un arrêt de travail), de la validation d'une décision déjà prise sans l'accord du médecin (prescrire un médicament inadéquat déjà délivré en pharmacie, par exemple), de recherche d'un prétexte médical pour obtenir un avantage quelconque, ces demandes se prêtent à une réflexion fondée sur les principes de l'approche centrée sur le patient. Cette approche commence par une introspection : *En quoi cette demande met-elle en question ma fonction de soignant ? Jusqu'où suis-je prêt(e) à aller sans me mettre en défaut ? Quels sont mes arguments pour juger cette demande inappropriée ?* La suite de la démarche consiste à s'enquérir des motifs de la demande pour tenter de comprendre la logique des patients car ce qui est inadéquat aux yeux du médecin apparaît parfois légitime à des patients qui n'ont pas toujours d'intention délibérément frauduleuse. L'affirmation donnée au patient que les motifs et la logique de sa demande ont été bien compris permet de contenir sa pugnacité éventuelle. Il est alors plus facile d'expliquer le point de vue médical avec des arguments scientifiques pour une demande de prescription ou des arguments réglementaires pour justifier un refus de certificat. Parfois soumis à des exigences sociales ou administratives inextricables, et quelquefois sur la suggestion d'avocats ou de travailleurs sociaux, ces demandeurs de certificats ou d'ordonnances non conformes sont conduits à chercher une solution médico-administrative même si le rapport avec leur situation médicale réelle est lointain ou concerne un tiers. Ces demandes mettent en évidence que le médecin généraliste est souvent le seul recours de patients confrontés aux méandres complexes de la vie sociale. Elles interpellent le médecin dans sa disposition à prêter assistance aux patients. En l'absence des conditions légales, le refus de certificat peut s'accompagner d'une explication sur la notion de responsabilité du médecin certificateur, souvent méconnue des patients, qui ne voient dans le certificat qu'un modeste document administratif. Elle permet de mettre en avant une impossibilité légale et non pas un refus arbitraire. S'il s'agit de demandes d'examens ou de prescriptions inappropriées, proposer des alternatives de compromis médicalement plus acceptables peut apaiser le demandeur.

Dans tous les cas, différer sa réponse permet de réfléchir à la meilleure attitude possible, c'est-à-dire celle qui pourra — mais pas toujours — apaiser le patient et que le médecin pourra assumer avec le plus d'aisance possible et sans culpabilité [4].

Refus de traitement

Les causes religieuses du refus de transfusion sont connues des urgentistes. Les cancérologues sont parfois confrontés aux refus de traitements antimitotiques lourds par des patients fatigués. En médecine générale, les refus de traitement portent souvent moins à conséquence immédiate, tel le refus vaccinal, mais peuvent mettre en péril la qualité de la relation de soin.

Face aux refus déterminés et persistants des patients, l'attitude professionnelle est de réitérer, sans jugement et avec un vocabulaire non médical, les explications circonstanciées sur la justification des propositions médicales. Une information objective sur les conséquences possibles du refus s'impose. Si le refus persiste et s'il constitue une perte de chance pour le patient, les médecins peuvent à juste titre se sentir déconcertés, agacés, impuissants, voire coupables ou, à l'inverse, devenir agressifs vis-à-vis de ces patients non compliants. Ces sentiments négatifs qu'il est vain de vouloir réprimer, peuvent, en l'absence de contrôle, conduire à des comportements médicaux inadaptés. Identifiés et acceptés, ils contribuent à la construction d'un diagnostic global de la situation de soin qui inclut les sentiments du médecin à

côté des symptômes, de la personnalité du patient et de son environnement familial et social. Ainsi mis à distance, ce que le médecin ressent face au patient n'est plus un parasite de la relation de soin, mais une stimulation pour passer d'un mouvement affectif à un processus cognitif de recherche de sens de ce comportement en apparence irrationnel. Ouvrir la discussion sur l'histoire de vie et l'environnement de ce patient permet, dans une perspective d'approche centrée sur la personne, de soulever des hypothèses explicatives de son comportement.

Peur

La peur trouve son ancrage dans des expériences antérieures, qu'elles soient personnelles ou dans l'entourage — une intervention qui s'est mal passée pour un proche ou un patient qui a constaté depuis son enfance les effets indésirables délétères d'un traitement psychotrope prolongé chez l'un de ses parents, par exemple. Le récit de ce type d'expérience, accueilli et compris par le médecin, favorise un cheminement du patient vers un changement d'attitude.

Situation clinique

Madame X, sexagénaire, refusait de traiter son HTA. Un jour alors qu'elle exprimait sa réticence habituelle à prendre tout médicament, elle ajouta : « c'est familial ». Invitée à en dire plus, elle a raconté l'histoire de sa petite sœur de 2 ans, quand elle-même en avait 4, morte après avoir avalé les médicaments de leur mère. Soixante ans plus tard, l'image du médicament restait associée à celle de poison mortel.

Défiance

La défiance vis-à-vis des médecins, du système de santé ou de l'industrie pharmaceutique. Ce motif de refus peut être le symptôme d'une personnalité paranoïde, qu'il est inadapté de tenter de convaincre. Il peut aussi être alimenté par des situations médicales réelles, vécues personnellement, ou publiques comme le scandale du Mediator®. Un dialogue franc sur les turpitudes possibles et sur les mérites des acteurs du système de santé peut émousser plus facilement la suspicion qu'un plaidoyer pro domo.

Paradoxe

Le paradoxe aux yeux du médecin, que pour certains patients l'idée de guérison ou d'amélioration n'est pas portée par un désir limpide. Marqué par l'ambivalence, ce désir incertain peut conduire un patient à la fois à venir se plaindre de ses symptômes en consultation et à trouver des empêchements à toutes les propositions thérapeutiques raisonnables. Cette attitude peut être éclairée par la notion de « bénéfice primaire » de la maladie, concept emprunté à l'étude des névroses et transposé dans la sphère des plaintes corporelles. Les bénéfices secondaires, souvent évoqués et méjugés, portent sur les compensations matérielles et sociales de la maladie. À l'inverse, les bénéfices primaires contribuent, souvent à l'insu du patient, à apaiser des tensions ou des souffrances enfouies. Ainsi, un(e) patient(e) en proie à l'autodévalorisation à la suite d'échecs multiples, social, conjugal, professionnel, parental… peut, grâce à la maladie chronique, se vivre comme une personne digne d'intérêt pour les médecins ou se sentir protégée des agressions de la vie sociale. La continuité de la relation de soin est alors à préserver, faite d'accompagnement et de recherche de compréhension du sens de ce comportement perçu comme étrange. Accepter l'idée d'un sens possible à l'attitude paradoxale de ces patients facilite l'adoption d'une position d'éducateur indulgent et la recherche de prescriptions de compromis. Ces situations mettent en évidence la complexité de la relation de soin, portée, du côté du médecin, par le désir de guérir, de soulager ou de protéger son patient et encadrée par le principe éthique de bienfaisance. Se limiter à souhaiter bien faire son travail, sans porter de désir à la place du patient, permet de l'accompagner dans l'élaboration de son propre désir.

Se plaindre, un symptôme en lui-même

D'autres plaintes répétitives portées par des patients qui négligent les offres de traitement, peinent à trouver leur sens. Se détourner de l'attention portée au contenu de la plainte pour considérer le fait de se plaindre comme un symptôme en lui-même permet de jeter sur la situation un regard nouveau et moins enclin à l'agacement d'emblée ressenti. Ce changement de registre sémiologique ouvre la réflexion suivante : ce comportement plaintif a-t-il une tonalité dépressive ? Dans ce cas, le refus de traitement peut exprimer le pessimisme du malade ou bien son sentiment d'indignité à être soigné. Il est aussi possible de l'interpréter comme une tentative pour susciter l'intérêt ou l'apitoiement du médecin dans un contexte de régression infantile ou encore comme l'expression d'un sentiment de vulnérabilité. Ou bien est-ce le mode d'expression d'une agressivité larvée faite de défiance et de rivalité avec le médecin ? Ces réflexions restent pour le médecin des hypothèses qui replacent ces comportements paradoxaux dans le champ de la souffrance psychique. Ces hypothèses s'alimentent de la connaissance de l'histoire de vie découverte peu à peu au fil des rencontres de soin. Les souffrances anciennes, les frustrations affectives durables, les deuils mal surmontés s'y dévoilent et permettent d'imaginer un sens possible au comportement plaintif en apparence irrationnel. C'est la mise en œuvre de la **médecine narrative** appliquée à la médecine générale, qui porte attention au récit d'un patient et permet de comprendre comment la maladie ou la plainte s'inscrit dans sa trajectoire de vie. Ce pas de côté effectué par le médecin face au refus de traitement favorise au moins un regain d'intérêt intellectuel pour son patient, éloigne le risque de dégradation de la relation et restaure une tonalité relationnelle empathique, propice au changement de comportement.

Tentative défensive

Lorsque les patients, dans une vaine tentative défensive, refusent de regarder en face leur maladie, le traitement qui en est une manifestation trop visible est logiquement contesté. Le choc douloureux lié à l'arrivée de la maladie mérite d'être compris par les soignants et justifie le temps nécessaire laissé au patient pour cheminer vers le consentement à la réalité pathologique et au traitement.

Situation clinique

Cette patiente très âgée, souffrant d'une gonalgie arthrosique, implore le soulagement de sa douleur et oppose un refus ou des empêchements pour la prescription d'antalgiques, de kinésithérapie, ou pour un nouveau contact avec un chirurgien. Pour son insuffisance veineuse, elle récuse à la fois les bas de contention trop difficiles à enfiler et l'aide de l'infirmière pour le faire. Autonome toute sa vie, tout soin est pour elle un marqueur de l'insupportable installation de la dépendance. Face au rejet du marqueur de la misère physiologique, le médecin généraliste décontenancé et démuni pour la soulager n'a d'autre choix qu'une position d'accueil et d'attente compréhensive et patiente.

La décision partagée

L'ensemble de ces situations de désaccords entre médecin et patient, faites de refus ou de réticences face aux propositions thérapeutiques, est difficile pour le médecin. Si les étapes du processus de décision partagée sont respectées, elles sont abordées sur un terrain familier au praticien : restitution des informations médicales, compréhension en profondeur du point de vue du patient, puis décision, peut-être provisoirement non partagée, ce que l'expression anglaise (*shared decision making*) qui met l'accent sur le processus plus que sur le résultat explicite mieux. Le refus de soin est un droit pour le patient (art. 1111-4 du Code de la santé publique). Le devoir du médecin est moins d'obtenir à tout prix l'adhésion que de permettre au patient une décision éclairée grâce à une information loyale, et aussi, si possible, grâce à une explicitation des raisons du refus. L'acceptation par le médecin de ce droit au refus éclairé est la condition d'une relation de soin apaisée qui se poursuivra malgré la divergence de point de vue.

Laisser dans le dossier une trace du refus et du dialogue qui l'a précédé est une précaution utile en cas de conflit futur éventuel, et signifier explicitement au patient cette inscription au dossier affirme qu'il s'agit d'un épisode ordinaire dans la continuité d'une relation de confiance.

Comportements agressifs

Qu'elles soient verbales ou physiques, les agressions sont toujours un traumatisme pour les soignants, tant elles viennent heurter l'image bienveillante qu'ils ont de leur pratique. En augmentation et très présentes dans les médias et dans les préoccupations des médecins, elles restent peu fréquentes : selon l'Observatoire de la sécurité des médecins, sur les 1 084 incidents déclarés en 2019, 70 % proviennent des médecins généralistes, mais seulement 8 % de ces signalements concernent une agression physique, ce qui correspond environ à une agression physique par an pour 1 000 généralistes libéraux. Les autres signalements concernent les vols, les menaces et les agressions verbales. Beaucoup de ces situations ne donnent pas lieu à signalement malgré le choc émotionnel vécu par les praticiens et malgré l'incitation de l'Ordre des médecins et des compagnies d'assurance professionnelle à porter plainte. Pour faire face à ces situations l'Ordre des médecins a publié des fiches pratiques et une fiche de signalement [5].

Le plus souvent, ces agressions restent du domaine de l'irrespect ou de l'impolitesse et ne méritent pas un signalement. Si elles sont ponctuelles, elles nécessitent un calme et ferme rappel de l'exigence de correction. Une réponse en miroir à l'agressivité du patient alimente une spirale d'hostilité et présente au patient l'image déstabilisante d'un professionnel qui maîtrise mal ses comportements. À l'inverse, opposer une attitude distante et calme peut désamorcer la véhémence de l'interlocuteur. Il peut être proposé de reprendre ultérieurement une discussion apaisée sur le sujet du désaccord. Si la tonalité agressive reste insupportable, il peut immédiatement être mis un terme à la consultation en laissant la porte ouverte à la reprise ultérieure de la relation ou bien en invitant à consulter un autre praticien.

Si le comportement agressif, explicite ou larvé, se reproduit à chaque consultation, caractérisant le climat de la relation, le malaise s'installe chez le praticien en proie soit à l'incompréhension, soit au sentiment de rejet envers ce patient, soit à une contre-agressivité qui nécessite beaucoup d'énergie pour être contenue. La compréhension des ressorts possibles de ces comportements peut contribuer à leur prévention ou à la construction d'une attitude professionnelle adaptée pour y faire face.

Malentendu

Lorsqu'il y a incompréhension de la part du malade sur les objectifs d'un examen ou d'un traitement, sur ses effets indésirables, sur ses modalités d'action…, l'agressivité peut être un mode d'expression de la distance perçue entre son propre vécu du soin et la conception du médecin. C'est une difficulté incontournable de la pratique médicale : chaque patient a sa propre conception du soin, du médicament, du système de santé… modelée par son appartenance culturelle, sociale, son vécu. De même, les médecins ont leur propre vision modelée par leur formation et aussi par leur histoire personnelle. Rapprocher ces deux visions est un travail permanent du soignant. Les explications claires, formulées avec un vocabulaire évitant tout jargon, sont indispensables. Ces explications sont plus facilement audibles si en même temps le praticien tente d'approcher l'univers mental du patient en lui permettant d'exprimer ses doutes, ses inquiétudes et ses attentes face au soin, les contraintes sociales concrètes auxquelles il doit faire face, les éventuels événements médicaux qu'il a vécus lui ou son entourage et qui peuvent alimenter ses craintes. Ces échanges peuvent aboutir à une négociation sur la conception de la maladie et sur les objectifs du traitement, avec un patient qui se sent reconnu dans sa singularité [6]. La dissolution de l'agressivité et la confiance sont conditionnées à ce type d'approche centrée sur le patient.

Implication affective excessive du patient

Cet investissement affectif est incontournable et les médecins n'échappent ni aux images maternelles ou paternelles que les patients, souvent à leur propre insu, leur attribuent, ni aux fantasmes parfois sexuels de quelques patients. L'attente vis-à-vis du médecin peut aussi s'apparenter à celle que l'on peut avoir envers un ami disponible en toutes circonstances. Si ces attentes deviennent excessives, elles se heurtent aux limites de l'investissement professionnel du médecin et se transforment en désillusion qui nourrit l'agressivité. Les images projetées sur le médecin peuvent aussi être celles de

personnages négatifs appartenant à l'histoire du patient qui manifeste alors méfiance et agressivité. Dans tous ces cas, c'est l'image professionnelle du médecin qui est en cause plus que sa personne. Une analyse globale de la situation, intégrant le type d'implication affective du patient dans la relation, et des éléments de compréhension de son histoire de vie, contribue à éviter une réaction affective d'agressivité en miroir.

Trouble psychologique

L'agressivité peut aussi être un symptôme de trouble psychologique, soit de type paranoïaque avec son cortège de méfiance permanente, soit de type psychopathique avec impulsivité et irritabilité. Faire cette démarche diagnostique permet de prendre du recul face à une agressivité dont le médecin n'est pas la cause. La relation avec ces patients n'en est pas moins difficile à supporter et nécessite l'appui d'une équipe de soin. Il peut aussi s'agir d'un processus de victimisation à la suite d'une erreur médicale même minime dont le patient aurait été victime, quel qu'en soit le médecin responsable. Dans ce cas, c'est toute la profession médicale qui est englobée dans la défiance. Admettre l'existence possible de défaillances personnelles ou au sein de la profession contribue à apaiser un patient qui se sent alors reconnu dans sa plainte.

Réaction défensive

Un comportement hostile peut aussi être la réaction défensive d'un individu face au stress de la maladie, en particulier lorsqu'il n'y a pas ou plus de solution médicale à proposer, ou si celles-ci sont palliatives, ou s'il s'agit d'une maladie chronique sans espoir de guérison. Et cette colère contre sa propre maladie peut se déplacer contre le médecin qui personnifie l'impuissance médicale. Cette situation est délicate aussi pour le praticien qui doit assumer les limites de l'intervention médicale. Comprendre qu'il n'est que le destinataire indirect de cette agressivité permet de garder une attitude empathique et de mettre en place une indispensable démarche d'accompagnement.

Il n'est pas illégitime, lorsque la situation est vraiment insupportable pour un médecin en butte à l'agressivité, de se séparer d'un patient, en dehors de l'urgence médicale et en respectant la nécessaire continuité des soins. Dans ce cas, le médecin peut signifier ses propres limites qui ne lui permettent pas de poursuivre la relation dans un climat tendu, ne mettant pas ainsi le patient en accusation. La déontologie impose d'orienter le patient vers un autre praticien, avec transmission du dossier médical.

Mise en échec persistante

La mise en échec persistante par certains malades qui reviennent à chaque consultation faire constater l'inefficacité des tentatives thérapeutiques successives est éprouvante pour des médecins généralistes animés par le désir de soulager leurs patients.

Des plaintes somatiques multiples et persistantes peuvent faire évoquer un tableau dépressif débutant qui renvoie à une situation commune de médecine générale et non pas à une difficulté relationnelle.

Bien d'autres situations de mise en échec, non explicables par un diagnostic psychiatrique, laissent les médecins démunis. Une part de ces échecs est attribuable à l'inobservance des traitements. L'ampleur de ce phénomène longtemps méconnu et difficile à admettre par les soignants, est une réalité mal vécue par les prescripteurs qui y voient un comportement irrationnel ruinant leur travail thérapeutique et mettant en défaut leur fonction d'éducateur. Le mot « inobservance » issu du vocabulaire religieux piège les praticiens dans une dichotomie entre leur vérité et l'erreur du patient. Il ne favorise pas une approche compréhensive d'un comportement dont les déterminants sont multiples et parfois complexes.

Certains n'ont pas intégré les enjeux du traitement ou ne les mettent pas à la même place que le médecin, tel ce patient diabétique de type 1 qui minorait ses doses d'insuline pour éviter le risque d'hypoglycémie qu'il redoutait pardessus tout : un épisode d'hypoglycémie avec troubles du comportement devant ses jeunes enfants l'avait laissé dans un sentiment durable d'humiliation.

Pour d'autres, les contraintes sociales ou la situation de vie précaire, pas toujours connue du médecin, ne permettent pas la régularité et la discipline nécessaires au traitement.

Parfois, les ressorts psychologiques sont au premier plan. Une jeune patiente suivie pour obésité et en carence affective, expliquait, en faisant systématiquement le lapsus, qu'elle avait encore cédé à l'attraction des fromages de « Rocadamour » qu'elle appréciait tout particulièrement. Même non soumis à une interprétation sauvage, inappropriée en médecine générale, ce lapsus révélait assez clairement le climat de quête affective au sein duquel persistait le symptôme. On pouvait aussi y voir l'attente du pardon de ses écarts de conduite par un médecin mis à la place d'une mère bienveillante.

L'hypothèse d'un puissant déterminant psychologique donne sens à la résistance du symptôme, ce qui peut contribuer à maintenir une relation empathique propre à surmonter le sentiment d'échec du médecin. Cette tonalité positive de la relation, perçue par le patient, est susceptible de faire évoluer l'idée dévalorisée qu'il peut avoir de lui-même dans ce type de circonstance et favoriser le changement.

L'impression de mise en échec ressentie par les médecins peut aussi être liée au statut du malade contemporain. Dans le modèle de relation entre médecin et patient que le sociologue T. Parsons décrivait au milieu du XX^e^ siècle, le malade avait obligation de désirer guérir et de se soumettre aux consignes médicales. Avec la progression des maladies chroniques, cette conception est tombée en désuétude. Les malades chroniques, impliqués dans les tâches quotidiennes de gestion de leur traitement, déterminent eux-mêmes leur positionnement face à la maladie. La compliance au traitement est liée à leur perception subjective et socialement déterminée de la maladie autant qu'aux données médicales objectives [6]. Dès lors, la relation de soin est marquée par ce conflit structurel de perspective entre médecin et patient. Moins confortable pour le médecin du XXI^e^ siècle, ce mode de relation, intellectuellement stimulant pour lui, impose une démarche de compréhension des déterminants et des logiques internes de comportements inadéquats du point de vue médical. L'histoire de vie, la culture, le mode et les

rythmes de vie, les obligations sociales modulent l'expérience de maladie et les comportements de malade. Le désir de garder le contrôle d'une situation qui, avec l'apparition de la maladie, lui échappe, peut aussi expliquer qu'un patient aménage son traitement à sa manière. Le souci de rester un sujet autonome, de refuser le statut d'objet de la médecine en résistant plus ou moins au pouvoir de prescription du médecin peut aussi conduire les patients à recourir aux médecines dites parallèles. L'irruption d'une maladie chronique occasionne une rupture identitaire qui conduit progressivement à l'adoption d'une identité de malade. Ce cheminement ne se fait pas sans heurts qui sont l'occasion de désaccords avec les médecins. Accepter la réalité incontournable du conflit de perspectives, admettre l'idée d'une logique intime de ces comportements irrationnels en apparence et garder à l'esprit des hypothèses sur leur sens caché facilite la prise de distance avec l'agacement pour entrer dans une démarche d'approche centrée sur le patient et négocier au mieux l'adaptation des prescriptions aux capacités des patients à les suivre. En cas de désaccord persistant, la loi qui impose au médecin de respecter la volonté de la personne malade après l'avoir informée des conséquences de ses choix (art. L. 111-4 du Code de la santé publique) permet au praticien de limiter son propre trouble dans les situations les plus difficiles.

L'inefficacité thérapeutique revendiquée et provocatrice : en dehors d'une inobservance manifeste, la résistance du symptôme déroute les soignants, surtout si elle s'accompagne de l'affirmation provocante parfois entendue : « *Chez moi aucun médicament n'a jamais marché !* » Comment comprendre ce comportement paradoxal d'un patient qui vient faire valider son état de malade, qui ne refuse pas les traitements mais qui se flatte de leur inefficacité ? On peut y voir l'expression d'un fantasme de toute puissance corporelle capable de résister au médecin et à la médecine, éventuel mode de défense contre une réaction dépressive face à la maladie. Il peut aussi s'agir de la répétition de rivalités avec des personnages importants de l'enfance que le patient rejoue à son insu avec le médecin. C'est un aspect de ce que les psychanalystes appellent le transfert. En médecine générale ce mot, s'il était utilisé, n'aurait pas la même portée. Il s'agit plus simplement d'un des aspects de l'investissement affectif du patient dans la relation, lequel n'est pas destiné à être interprété mais peut faire l'objet d'hypothèses que le praticien évoque à son usage exclusif, pour passer d'une réaction émotionnelle de crispation à la construction intellectuelle d'une attitude professionnelle de compréhension.

Les praticiens peuvent aussi ressentir une mise au défi sinon une mise en échec par les nombreux patients qui cherchent et trouvent sur Internet des informations concernant leurs préoccupations de santé. La généralisation de cette pratique est une caractéristique ordinaire de la consultation et n'est plus vraiment une difficulté pour les médecins généralistes, rompus au dialogue avec leurs patients autonomes qui ne souhaitent plus de relation verticale avec leur médecin. C'est au contraire un point de départ pour développer une séquence d'éducation en santé, d'autant plus nécessaire lorsque des théories complotistes ou non scientifiques trouvent grâce sur certains médias. La difficulté peut persister pour des patients à la personnalité obsessionnelle soucieuse de contrôle ou à la personnalité paranoïde portée à la suspicion. Mieux vaut alors en rester au constat de désaccord, dans une neutralité qui préservera l'énergie du praticien.

Crainte excessive d'avoir une maladie

L'hypocondrie a disparu du DSM-5, mais la « crainte excessive d'avoir une maladie » qui la remplace est une circonstance bien connue des médecins généralistes et les consultations répétées qu'elle entraîne risquent de susciter l'agacement. Cette nouvelle appellation élimine l'ambiguïté avec l'hypocondrie psychotique accompagnée de conviction délirante de maladie, qui est de la compétence des psychiatres. La crainte excessive de maladie place ce trouble dans l'excès, dont la frontière est incertaine entre la crainte normale et la crainte pathologique. Du point de vue du médecin, l'excès est subjectivement perçu lorsque survient son impatience devant des personnes qui consultent très souvent à la moindre sensation corporelle inhabituelle, ou dont la préoccupation est disproportionnée par rapport à leur pathologie bénigne. Sans se décentrer des motifs successifs d'inquiétude pour porter son attention sur le sens de cette inquiétude, il est difficile pour le médecin de dépasser sa perception négative. Si ce symptôme anxieux rentre dans le cadre d'une anxiété généralisée ou bien si, apparu récemment, il manifeste un pessimisme révélateur de dépression, cela conduit vers une prise en charge adaptée. Mais isolé et habituel, il rentre dans le cadre des inquiétudes excessives que le médecin a en charge de contenir grâce à une démarche d'approche centrée sur le patient [7]. La « réassurance guillerette » selon l'expression de Carl Rogers [8], celle qui laisse penser que les inquiétudes du patient sont prises à la légère, n'a aucune chance d'être efficace.

Rassurer nécessite une attitude construite faite d'un accueil attentif de la plainte reconnue comme légitime et d'un examen clinique consciencieux même si le médecin a une conviction intime de bénignité. En revanche, le recours aux examens complémentaires à la demande du patient est risqué et souvent contraire aux principes de la prévention quaternaire : un incidentalome ou des résultats négatifs sont susceptibles de pousser à une vaine surenchère diagnostique et à entretenir l'anxiété.

Sans les deux étapes précédentes, faites d'écoute et d'examen clinique, le patient qui ne se sent pas pris au sérieux ne prend pas en considération les tentatives d'explications physiopathologiques plausibles, sur une douleur thoracique projetée, sur des ganglions d'allure physiologique ou sur le lien entre stress et tensions musculaires par exemple. Cette troisième étape éducative, conduite dans un vocabulaire simple, permet aussi de recueillir les explications profanes et les évolutions péjoratives imaginées par le patient. La connaissance de l'histoire du patient facilite la compréhension du climat affectif dans lequel s'épanouissent ces craintes inappropriées et permet de leur attribuer un sens qui redonne une intelligibilité à un comportement en apparence déraisonnable. Des expériences de maladies graves de l'enfance ont pu, par exemple, induire un sentiment de vulnérabilité corporelle persistant, ou bien un défaut d'étayage

affectif précoce a pu laisser le patient dans un sentiment de précarité permanente. La dernière étape du processus d'annonce du diagnostic de « non-maladie », sans laquelle vouloir rassurer serait vain, consiste à assurer le patient de l'engagement du médecin dans une alliance non pas thérapeutique mais diagnostique qui permet au patient de savoir qu'il est et sera pris au sérieux et qu'il pourra compter sur son médecin pour ses craintes futures [9]. Au prix de cette démarche, la consultation d'un patient avec craintes excessives devient un exercice plus apaisé.

Patients présentant des symptômes somatiques fonctionnels

Ces situations, bien que fréquentes en médecine générale, peuvent être considérées comme des situations relationnelles difficiles : les causalités complexes et circulaires, l'absence d'objectivation, l'évolutivité des critères diagnostiques, la durabilité des plaintes et le manque de reconnaissance souvent reproché par les patients alimentent le malaise des praticiens. Les conduites à tenir sont décrites dans le chapitre 29 « Le patient présentant des plaintes médicalement inexpliquées ». Fondées sur l'acceptation de la réalité pénible des symptômes et la proposition d'une prise en charge composite soucieuse de prévention quaternaire, elles contribuent à restituer leur sentiment d'efficacité aux médecins généralistes.

Troubles factices

Le syndrome de Münchhausen est de diagnostic particulièrement difficile tant l'éthique médicale est fondée sur la confiance donnée à la parole des patients. Ce syndrome est réputé rare, sa prévalence est inconnue et des formes de gravité variables peuvent exister. Lorsque des requêtes fréquentes et insistantes pour des pathologies variées sont présentées par des patients qui ont fréquenté de multiples lieux de soin, le malaise peut survenir. Malgré l'élan compassionnel recherché par les patients qui rapportent des histoires personnelles poignantes, il est légitime de douter et de se poser la question du diagnostic de trouble factice. Ces patients n'attendent aucun bénéfice objectif, mais désirent seulement jouer un rôle de malade en présentant des symptômes falsifiés ou auto-infligés. Ils justifient une prise en charge psychiatrique à proposer systématiquement et difficile à faire accepter. L'indispensable coopération des différents intervenants médicaux sollicités par ces patients permet de limiter les examens et les interventions iatrogènes, si les doutes sur le diagnostic de trouble factice sont partagés.

Présence systématique d'un tiers

Lorsqu'un tiers est présent systématiquement et prend beaucoup de place dans la consultation, barrant le contact direct avec un patient adulte sans déficience, et surtout si le patient lui-même décline les invitations à rester seul en face du médecin, celui-ci est parfois en droit de s'interroger. Est-il face à un phénomène d'emprise sur le patient de la part du tiers ou bien s'agit-il d'une situation de maltraitance que le tiers veut cacher en contrôlant le contenu de la consultation ? Le médecin peut aussi ressentir l'inconfort d'une situation qui contrarie l'intimité souhaitée pour la consultation. La présence du tiers peut résulter de logiques propres au patient que les logiques médicales méconnaissent et que l'histoire singulière du patient peut éclairer. Des expériences médicales anciennes et malheureuses ont pu engendrer une crainte durable des médecins, nécessitant la présence protectrice du tiers, ou bien celle-ci s'impose naturellement dans une relation de couple conjugal ou parent-enfant marquée par la dépendance fusionnelle. Le tiers peut aussi être là pour seconder un patient animé par un sentiment d'autodépréciation et d'incapacité à comprendre et retenir les paroles du médecin. Beaucoup d'autres types de relations symboliques entre les protagonistes peuvent se concevoir, par exemple la maladie vécue comme une réalité collective au sein du couple ou de la famille. La réflexion sur ces différentes hypothèses et une bonne connaissance du patient permettent de restaurer le confort du médecin pour faire de la présence du tiers un atout pour le soin.

Le patient médecin

Lorsque le patient est lui-même médecin, il est parfois difficile à chacun des deux protagonistes de trouver la bonne place dans la relation. Considérer son confrère comme un patient ordinaire est l'intention le plus souvent affichée et ce n'est pas toujours simple. Le médecin-soignant considérant que son collègue en sait autant, voire plus que lui, peut être tenté de se censurer à la fois dans la prise en charge technique et dans l'approche de la perception subjective de sa maladie par le médecin-patient. Celui-ci, gêné d'être malade, déstabilisé de se retrouver de l'autre côté du bureau de consultation, peut faire preuve d'un excès de pudeur dans l'expression de ses troubles. Il peut être tenté de prendre en partie en main son parcours de soins, en activant ses propres réseaux ou bien pour ne pas surcharger son médecin traitant, avec le risque que ce dernier se sente court-circuité et ressente un manque de confiance. Les non-dits et les malentendus susceptibles de survenir dans ces situations, avec toutes leurs conséquences sur la qualité de la prise en charge, sont réduits si, dès le début de la relation, les rôles de chacun sont précisés [10].

Conclusion

Les situations relationnelles difficiles sont diverses dans leurs circonstances et différemment vécues par chaque praticien. La méthode pour les aborder avec moins d'appréhension renvoie à des principes familiers aux généralistes. Son propre état émotionnel une fois identifié et nommé par le praticien, convenir que celui-ci fait partie de la situation globale du patient renvoie à la démarche de diagnostic de situation. Il reste alors à tenter de comprendre le sens et les ressorts du comportement dérangeant du patient et son impact négatif sur l'idée que chaque médecin se fait de son

propre rôle. Cette recherche d'intelligibilité faite d'approche centrée sur le patient et de prise en compte de l'inévitable différence de points de vue entre les deux acteurs de la relation est toujours facilitée si le praticien peut partager son malaise et ses questions avec des collègues. Ce type de démarche ne résout pas toutes les situations relationnelles difficiles. Elle rend au moins possible une mise à distance des affects négatifs du médecin et un allègement du poids ressenti « au creux de l'estomac » qui caractérise ces situations. Et lorsque leur issue est favorable après un parcours relationnel éprouvant, elles laissent une trace appréciable d'enrichissement professionnel.

Références

[1] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 2e édition. Paris: Payot ; 1966. p. 405. p.
[2] Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. BMJ 1988 ;297(6647):530–2.
[3] Moscrop A. "Heartsink" patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential. Br J Gen Pract 2011 ;61(586):346–8.
[4] Galam E, Dumas F-R. Oser dire « non » avec sérénité. Rev Prat Med Gen 2007 ;21(788-789):1079–80.
[5] Conseil national de l'Ordre des médecins. L'observatoire de la sécurité des médecins. [En ligne]. Paris: CNOM ; 2021. Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr/.
[6] Baszanger I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. Rev Fr Sociol 1986 ;27(1):3–27.
[7] Cathebras P. Rassurer : un acte médical essentiel mais plus difficile qu'il n'y paraît, aux conséquences socio-économiques négligées. Rev Med Int 2014 ;35(5):285–8.
[8] Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. 15e édition. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur ; 2008.
[9] Canévet J-P. Assurer pour rassurer. Rev. Med Int 2015 ;36(6):435.
[10] Galam E. Soigner les médecins malades. 1re partie : Un patient pas tout à fait comme les autres. Médecine 2013 ;9(9):420–3. 2e partie : Quels médecins soignants ? Médecine 2013 ;9(10):471–4.

Chapitre 46

Le patient présentant des problèmes médico-sociaux aigus

Jérémy Khouani, Maeva Jego-Sablier

PLAN DU CHAPITRE

Contexte 445
Déterminants de santé et inégalités sociales de santé : définitions et enjeux 445
Vulnérabilité et précarité : concepts et définitions 445
Entre accès aux droits et accès aux soins 446
Pistes de prise en charge devant un patient en situation de vulnérabilité sociale. 448

Contexte

Appréhender une demande de soins dans sa globalité et y répondre en s'adaptant à la complexité des situations est une des six compétences génériques que le médecin généraliste doit acquérir et entretenir tout au long de sa carrière (cf. figure 6.1 au chapitre 6) [1]. La considération du contexte social dans l'élaboration d'un projet de soins s'intègre dans cette norme.

Déterminants de santé et inégalités sociales de santé : définitions et enjeux

Déterminants de santé

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs constituent les « déterminants de la santé » dont la figure 46.1 schématise les interactions.

L'environnement social ou l'accès à une couverture assurantielle maladie influe directement sur l'état de santé des populations. C'est l'objet de ce chapitre.

Inégalités sociales en santé

Repris par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 [3], Guivarch et Potvin définissent les inégalités sociales de santé comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* ». Elles sont une réalité en France où un homme ouvrier de 35 ans a une espérance de vie en bonne santé perçue inférieure de 6 ans à celle d'un cadre du même âge, l'écart allant jusqu'à 13 ans d'espérance de vie entre les plus aisés et les plus modestes [4, 5].

De nombreux travaux ont été réalisés afin de comprendre pourquoi et comment les déterminants sociaux de santé se traduisent dans les faits par des inégalités et comment y remédier. Avoir conscience de cette réalité en consultation de médecine générale est un prérequis nécessaire à la prise en charge de patients ayant un problème médico-social.

Vulnérabilité et précarité : concepts et définitions

Les concepts de vulnérabilité et de précarité méritent d'être développés, afin de mieux appréhender les problématiques médico-sociales d'une patientèle.

La précarité a été initialement définie en France par le père Joseph Wresinski, fondateur du mouvement « ATD Quart-Monde », lors de son rapport au Conseil économique et social français en 1987. Selon lui : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives* [6]. »

À l'inverse de la pauvreté, définie et mesurable par de multiples indicateurs, le concept de précarité, ne recouvrant pas simplement une réalité économique, est difficilement mesurable et quantifiable.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

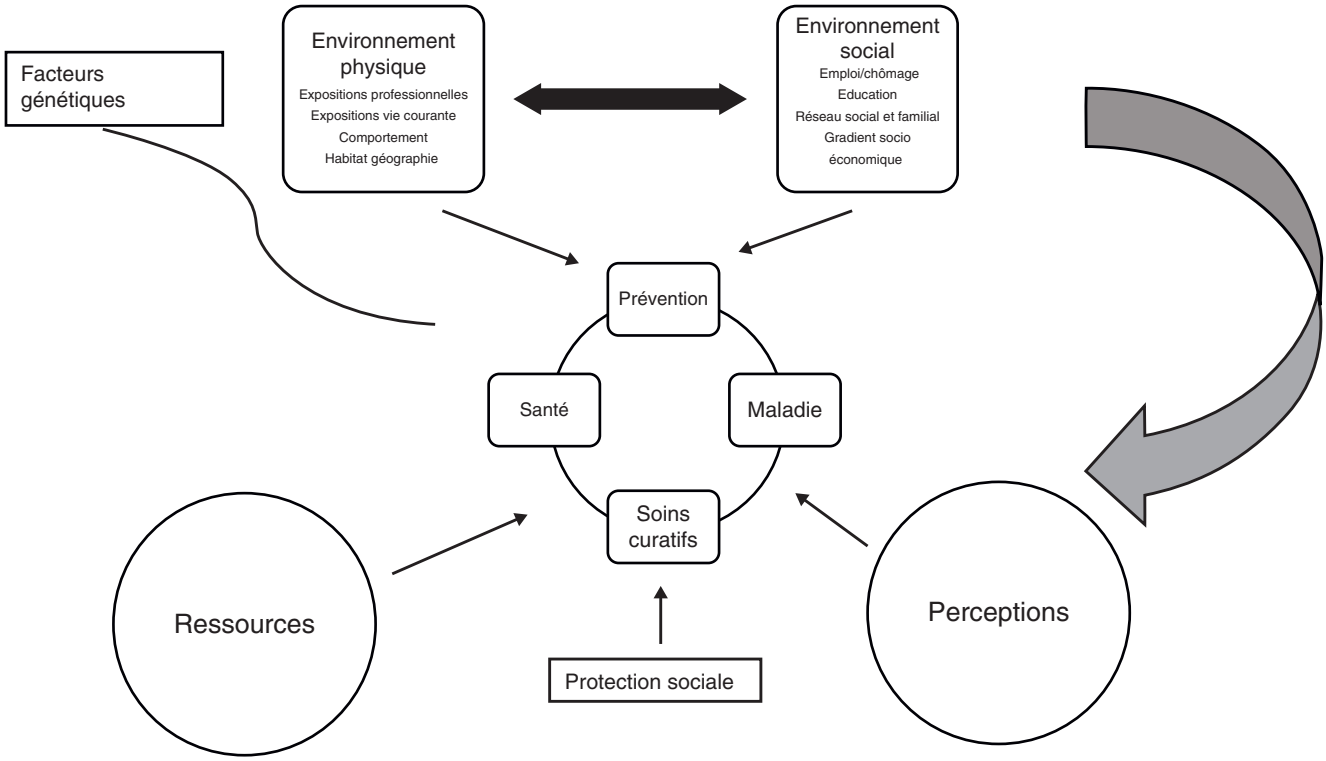


Fig. 46.1 Exemple de modèle d'interaction des déterminants de la santé. *(D'après : Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1998.)*

La notion de vulnérabilité, sanitaire et sociale, désigne une « *incertitude de situation, liée non seulement au développement propre d'une pathologie (…) mais également à ses différentes répercussions (financières, matérielles, relationnelles), susceptibles de mettre en péril autant l'organisation de la vie quotidienne que les relations et l'identité des personnes et de leur famille* ». *Il ne s'agit donc plus d'une « simple zone de bascule (…), mais d'une relation non linéaire de fragilité, (…) où s'enchevêtrent incertitude de l'individu, de son accompagnement, des traitements, des politiques publiques et du regard social* » [7]. Il s'agit ainsi d'un processus dynamique.

Les travaux du psychiatre Jean Furtos permettent de mieux saisir les dynamiques sous-jacentes aux personnes en situation de précarité, sans limiter ce phénomène dans une définition figée. Rompant avec celle donnée précédemment, il postule que la précarité est « *la nécessaire demande d'un sujet qui sait que seul, il ne peut pas vivre. (…) Nous avons absolument besoin de l'autre, des autres pour vivre* [8] ». Jean Furtos explique dans ses travaux que, plus on est précaire moins on demande de l'aide et du soin, jusqu'à récuser l'aide proposée. Pour lui, refuser de porter la demande au motif d'une conception formelle de la liberté et attendre la demande d'une manière formatée engendre le plus souvent des situations d'exclusion du soin [8].

Il n'est pas pour autant question de remettre en cause l'autonomie des personnes. De faire à la place de, de savoir à la place de. Cette autonomie est d'ailleurs un des principes éthiques fondateurs de l'éthique médicale.

Il y a un espace pour l'entre-deux, une moins mauvaise solution pour chaque situation et elle n'est jamais évidente. Prenons garde à la facilité qui dans un sens ou dans un autre prendrait la forme de « *Ce patient ne veut pas, c'est son choix nous n'avons rien à faire pour lui* » ou « *Je sais ce qui est bien pour lui et je vais lui expliquer* ». Inscrivons-nous dans la complexité des choses : « *Je ne sais pas ce qui est le moins pire pour sa santé, j'ai besoin de lui pour que nous le définissions ensemble ; en considérant les problématiques qui lui sont propres ainsi que mes compétences médicales.* »

Entre accès aux droits et accès aux soins

Dispositifs d'accès à une couverture maladie

Protection universelle maladie

La protection universelle maladie (PUMa) a été créée le 1er janvier 2016 pour toute personne qui réside en France de manière stable et régulière. Elle permet une prise en charge des dépenses de santé dans sa part obligatoire. Si la création de la PUMa a permis de supprimer progressivement le statut d'ayant droit et a simplifié les démarches pour l'ouverture des droits à l'Assurance Maladie, elle n'a pas modifié la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé et, de fait, les barrières financières à l'accès aux soins pour les plus pauvres.

En France, différents dispositifs se sont succédé depuis plusieurs années pour tenter de répondre à la problématique de prise en charge de la part complémentaire.

Complémentaire santé solidaire (CSS)

Issue de la fusion de l'aide à une complémentaire santé (ACS) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), la complémentaire santé solidaire (CSS) existe depuis le 1er novembre 2019. Elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé — et donc notamment au tiers payant sur la part complémentaire.

Aide médicale d'État (AME)

Elle assure la prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière pouvant prouver leur résidence de manière stable en France depuis au moins 3 mois, sous certaines conditions de ressources. Le panier de soins offert par l'AME reste limité : par exemple, il ne permet pas une prise en charge des médicaments à faible service médical rendu (15 %), de la procréation médicalement assistée ou des cures thermales. L'AME ne permet la prise en charge des soins dentaires et lunettes que dans la limite du tarif de base de l'Assurance Maladie ; le reste à charge pour le patient peut alors être conséquent. Une restriction supplémentaire du panier de soins les 9 premiers mois de l'AME a été mise en place et sera effective au 1er janvier 2021. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AME ne bénéficient pas du parcours médecin traitant.

Fonds pour soins urgents et vitaux

Il permet la réalisation gratuite des soins dont l'absence « *mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé ou de l'enfant à naître.* » L'hôpital prend alors en charge les soins délivrés en urgence exclusivement lorsque le médecin estime que la vie du patient est en jeu ou qu'une absence de soins pourrait entraîner des conséquences graves et durables pour sa santé. La prise en charge dans ces situations est limitée aux soins hospitaliers.

Ambivalence droit théorique/droit effectif

Une réponse juridique concernant l'accès à une couverture maladie ne suffit pas. La plupart des patients qui ne disposent pas de couverture maladie ont un droit *potentiel* à cette couverture. En 2017, 70,9 % des patients sans droits ayant consulté dans un centre d'accès aux soins et d'orientation de Médecins du Monde avaient des droits théoriques à une couverture maladie [9].

Et même lorsque la barrière de l'accès aux droits a été franchie, il persiste de multiples obstacles à l'accès *effectif* aux soins (figure 46.2).

Les déterminants d'accès aux soins sont à prendre en compte dans la compréhension des comportements en santé des patients ayant un problème social. Il s'agit par

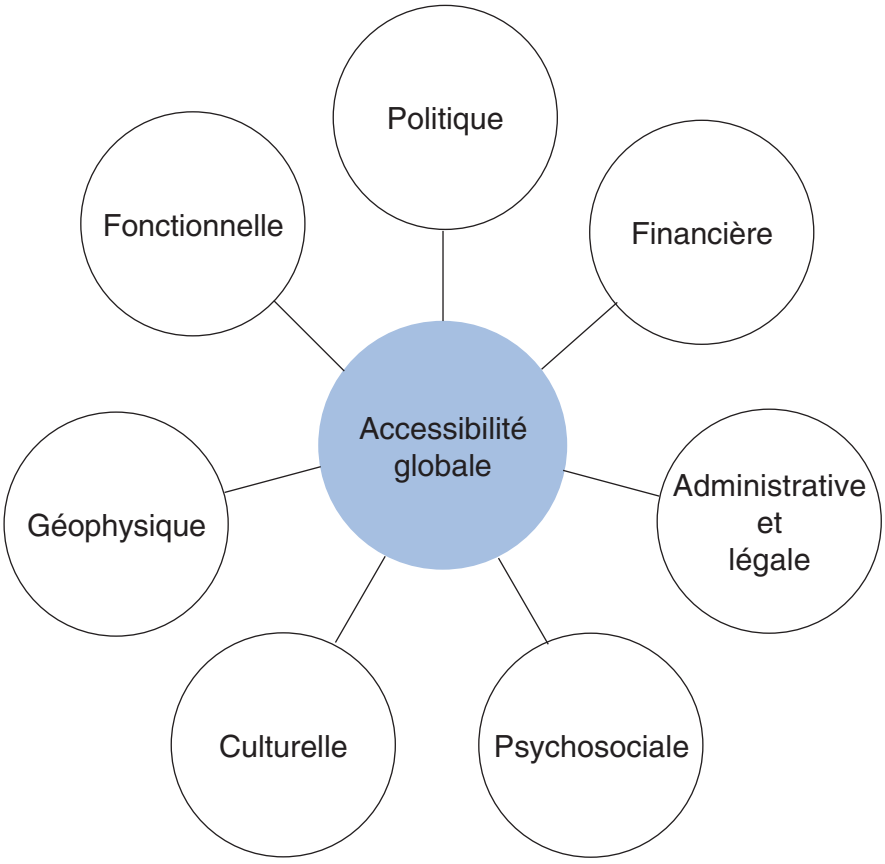


Fig. 46.2 Exemple de modèle des déterminants d'accès aux soins. *(D'après : Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris : Ellipses ; 2017.)*

exemple des expériences antérieures de soins négatives, des représentations de la santé en décalage avec le discours médical, de la mésestime de soi, des modifications du rapport au corps avec répression des besoins (pour les patients vivant des situations d'exclusion sociales extrêmes), du poids des autres priorités consistant à pourvoir aux besoins de base, ou, pour les personnes les plus exclues, simplement relatives à leur survie. Leur recherche permet de mieux appréhender les raisons ayant mené un patient à « rater » son rendez-vous, ne pas prendre ses traitements, rompre son suivi.

Pistes de prise en charge devant un patient en situation de vulnérabilité sociale

Repérer

Pour pouvoir répondre à un problème social ou s'y adapter, le repérer est nécessaire. Le score EPICES [10] (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé) est un indicateur de la mesure de la précarité et de la « santé sociale » validé en France. Il est utilisé essentiellement dans le cadre de programmes de recherche. Il explore à travers onze questions les diverses dimensions de la précarité (figure 46.3). La faisabilité et l'acceptabilité de son utilisation en pratique courante restent cependant limitées.

Il est possible de s'inspirer des items du score EPICES pour poser quelques questions aux patients rencontrés, selon les contextes de la consultation. La situation vis-à-vis du logement ou du travail sont des données faciles à recueillir en consultation de routines susceptibles d'orienter le praticien vers une situation de vulnérabilité, de même que l'isolement social.

Concernant le statut par rapport au logement, la catégorisation européenne ETHOS [11] de l'exclusion liée au logement offre une définition harmonisée au niveau européen de l'absence de chez-soi. Elle considère quatre conditions pour les personnes sans chez-soi :

- les personnes sans abri : personnes vivant dans la rue ou en hébergement d'urgence ;
- les personnes sans logement : personnes vivant dans des foyers d'hébergement, sortant d'institution ou bénéficiant d'un accompagnement au logement à plus long terme ;

Score EPICES

Questions	Oui	Non
Rencontrez-vous parfois un travailleur social?		
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire?		
Vivez-vous en couple?		
Êtes-vous propriétaire de votre logement?		
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…)?		
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois?		
Êtes-vous allé(e)au spectacle au cours des 12 derniers mois?		
Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ?		
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		

Fig. 46.3 Score EPICES. *(Source : Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197389 personnes. Bull Epidemiol Hebd 2006;14:93–6.)*

- les personnes en logement précaire : personnes vivant en habitat précaire, menacées d'expulsion ou menacées de violences domestiques ;
- les personnes en logement inadéquat : il s'agit, par exemple, des personnes vivant dans des structures non conventionnelles ou provisoires (caravanes, squats), dans des logements indignes ou dans des situations de surpeuplement sévère.

Le processus dynamique de la précarisation est reflété dans ces quatre grandes conditions. S'enquérir du statut vis-à-vis du logement : « *Où vivez-vous actuellement ?* », « *La nuit dernière, où avez-vous dormi ?* », est un moyen d'approcher une des dimensions de la vulnérabilité sociale.

Outre ces données et ces outils objectifs, la posture du médecin dans la relation avec son patient peut permettre aux patients de les exprimer, d'oser aborder leurs vulnérabilités. Ce concept de posture est développé ci-après.

Posture et altérité : des éléments indispensables à une relation de soins réussie

Plusieurs études ont montré que les patients en situation de précarité étaient marqués par une part importante des attentes relationnelles. Ainsi, l'écoute, la compréhension mutuelle, la considération du patient dans sa globalité sont autant d'éléments qui conditionnent la réussite ou l'échec d'une relation de soins, et les expériences de soins des patients ayant un *problème social* [12, 13].

L'adaptation de la posture du médecin de premier recours concerne à la fois la posture envers ses patients ayant un problème social et la posture envers ses partenaires de soins.

Pour certains patients, exprimer une demande de soins n'est pas chose aisée. Cette demande nécessite une relation de confiance structurée autour de la posture du professionnel de santé. De même, construire un réseau de soins et renforcer des partenariats dans l'intérêt des patients nécessite une certaine appréhension de l'autre, un certain sens de l'altérité : « *Il n'y a pas de rencontre sans être affecté, dérangé par autrui, ce qui signifie qu'autrui existe puisqu'il nous modifie, souvent dans un dérangement réciproque.* [8] »

Gérer la demande relative à un problème social

Reprenons la figure 46.1. Lors de la rencontre entre le médecin généraliste et son patient, une demande relative à l'amélioration de sa situation socioprofessionnelle est en lien avec sa santé. En résolvant le problème exposé, le patient fait un pas de plus vers l'acquisition d'un état de santé considéré comme acceptable par lui-même.

S'il ne s'agit pas de jouer le rôle des travailleurs sociaux, les médecins doivent considérer cette demande avec autant d'attention que lorsqu'un patient les sollicite sur un problème de santé qui va au-delà de leurs compétences. Il est admis, en médecine générale, qu'il est nécessaire d'avoir des correspondants d'autres spécialités vers qui nous tourner en cas de besoin. Il est également communément admis qu'il vaut mieux connaître ses correspondants, savoir comment ils travaillent, quels sont leurs domaines de prédilection ; et qu'eux-mêmes nous connaissent de sorte qu'ils considèrent avec attention nos sollicitations.

Il est important d'avoir de telles relations avec les institutions et travailleurs sociaux, lorsque le praticien travaille avec une population qui de fait le sollicite sur ces problématiques. L'expression de la demande répond à des logiques que nous ne maîtrisons pas. Il peut arriver en consultation d'être sollicité pour des demandes concernant l'emploi, le logement ou l'environnement social auxquelles le médecin généraliste ne peut pas répondre et auxquelles ce n'est pas à lui de répondre. Il s'agit alors d'orienter de manière tout aussi rigoureuse.

Utiliser les ressources du territoire

Nouvelles formes d'organisation en soins premiers : appuis utiles pour la gestion des situations complexes

Les réseaux de soins sont aujourd'hui reconnus comme une plus-value dans l'exercice de la médecine générale. Pensés comme des espaces de concertation et de codécision entre professionnels, ils permettent un décloisonnement du sanitaire et du social, dans un souci d'approche globale et de continuité de la prise en charge.

À titre d'exemple, il existe dans le système de soins primaires des leviers susceptibles de répondre aux problématiques sociales des patients :

- les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dont les missions premières sont autres mais qui peuvent se saisir de la question du problème social ;
- les plateformes territoriales d'appui ;
- les réseaux locaux spécifiques à une problématique (santé mentale, précarité, VIH et hépatites).

Investir ces réseaux permet de proposer des solutions efficientes aux usagers et médecins de soins premiers.

Acteurs sociaux mobilisables

Si le patient souhaite rencontrer un travailleur social, il existe en France deux types de structures institutionnelles fonctionnelles quelle que soit la commune d'exercice :

- les maisons départementales de la solidarité (MDS) qui relèvent des conseils départementaux et dont les professionnels effectuent un accompagnement social des personnes rencontrées ;
- les centres communaux d'action sociale (CCAS), rattachées aux mairies.

Le tissu associatif spécifique d'un territoire est également à même de répondre à certaines problématiques (violence faite aux femmes, migration, etc.) et diffère selon les zones géographiques.

Dispositifs d'accès aux soins pour les patients ne bénéficiant pas de/ou en rupture de couverture maladie

Lorsqu'un patient n'a pas ou plus de droits à l'Assurance Maladie, même lorsqu'il a pu consulter un médecin de premier recours, la question se pose de permettre l'accès aux traitements ou examens complémentaires à réaliser. Il est nécessaire d'évaluer la nécessité et le degré d'urgence du

recours à ces différents niveaux de soins et, en parallèle, les possibilités et l'état du dossier en vue de l'ouverture des droits. Selon ces paramètres, l'orientation vers des dispositifs permettant un accès aux soins satisfaisant en l'absence de droits à l'Assurance Maladie peut être nécessaire.

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les objectifs des PASS sont de proposer aux patients qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins, quelles que soient ces difficultés, un accompagnement soignant et social renforcé dans la perspective d'un retour vers des dispositifs de droit commun. Les PASS sont principalement implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie…). Des dispositifs de PASS ambulatoires se sont récemment développés, principalement en Ile-de-France (construits autour de centres de santé municipaux ou réseaux de santé précarité/accès aux soins) et à Marseille (dispositif de PASS de ville de Médecins du Monde).

Dispositifs complémentaires aux PASS

Certaines structures associatives proposent des soins ambulatoires et un accompagnement dans ces situations. Médecins du Monde (MDM) notamment a mis en place des centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) proposant des consultations de médecine générale et spécialisée ainsi qu'un accompagnement social à destination des populations précaires.

Penser sa pratique et son organisation pour favoriser l'accès aux soins

Accessibilité spatio-temporelle

Les professionnels de santé ont une responsabilité dans les choix concernant leurs modalités d'exercice. Les consultations sans rendez-vous, sur rendez-vous, l'amplitude horaire, le lieu géographique et l'accessibilité ont une conséquence sur le recours aux soins.

Près de 30 % des personnes qui pourraient bénéficier d'une couverture maladie gratuite n'en font pas la demande, notamment en raison de la complexité des démarches [14]. Ce qui vaut pour les démarches administratives est identique pour le recours au médecin.

Toute offre de soins reposant sur des compétences et organisations adaptées aux problématiques sociales doit nécessairement être, d'abord et avant tout, *accessible*.

Équité en santé

L'équité en santé n'est pas synonyme d'une offre de soins strictement identique pour tous. La mouvance et la capacité d'adaptation aux problématiques des personnes sont un critère de qualité.

Il n'est pas question de dispositif spécifique aux personnes ayant un problème social mais de structures communes au sein desquelles le professionnel a les moyens de répondre à des problématiques spécifiques. La nuance est importante.

Médiation en santé et « aller vers »

La démarche du « aller vers » qui rejoint les préconisations du rapport de l'IGAS sur la non-demande [15] a été initialement décrite dans le champ social comme « *aller chercher [les personnes en non-demande] dans le cercle de repli qui est devenu le leur, (…) leur donner (…) l'occasion de s'exprimer, de prendre la parole, reposant sur l'idée que si l'initiative ne vient pas de la personne, il faut qu'elle vienne de l'intervenant social* » [15]. Il s'agit, en consultation, de favoriser l'expression de la demande, et aussi de relever le besoin de soin de la personne qui ne sait/peut/veut pas forcément l'exprimer. S'agissant de la démarche d'aller vers l'autre afin de permettre les conditions de la confiance nécessaire à l'expression d'une demande de soins, elle fait partie des recommandations récentes [14] concernant la prise en charge des personnes les plus éloignées du système de soins. En complémentarité, la médiation en santé est une nouvelle fonction qui a pour objectifs de faciliter :

- l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Cette fonction peut être développée au sein de structures telles que des maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé. Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires. Un récent rapport de la HAS définit et valide cette pratique .

Références

[1] Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, et al. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. exercer 2016;124:132–7.

[2] Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris: Flammarion Médecine-Sciences ; 1998. p. 299.

[3] Inspection générale des affaires sociales, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. IGAS - Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. [En ligne]. Paris: IGAS ; 2011. Disponible sur www.igas.gouv.fr/.

[4] Institut national de la statistique et des études économiques. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. 1687. Montrouge: INSEE Prem ; 2018. p. 1–4.

[5] Institut national de la statistique et des études économiques. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Montrouge: Insee Prem. ; 2016. 1584.

[6] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels ; 1987.

[7] Brodiez-Dolino A. Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie. Rennes: PU Rennes ; 2014.

[8] Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses ; 2017.

[9] Médecins du Monde, Coordination Mission France. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France – année 2017 ; 2018.

[10] Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec

des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebd 2006;14:93–6.

[11] Edgar B. The ETHOS definition and classification of homelessness and housing exclusion. Eur J Homelessness 2012;6(2):219–25.

[12] Jego M, Grassineau D, Balique H, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. BMJ Open 2016;6(11). e013610.13.

[13] Denormandie P, Cornu-Pauchet M. L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Rapport au ministère des Solidarités et de la Santé et secrétariat d'État chargé des personnes handicapées; 2018.

[14] Inspection générale des affaires sociales, Hautchamp M, Naves P, Tricard D. Rapport de la mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? ». Paris: IGAS; 2005.

[15] Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Saint-Denis: HAS; 2017.

Le patient migrant

Roxane Liard, Sohela Moussaoui, Juliette Vandendriessche

PLAN DU CHAPITRE

Qui sont les migrants ? Quelle est leur couverture sociale ? 455
État des lieux en France. 455
La première consultation. 457
Mise à jour vaccinale 457
Suivi des patients migrants en médecine générale 458

Qui sont les migrants ? Quelle est leur couverture sociale ?

Que signifie le terme « migrant » ? Quelles sont les différentes personnes pouvant se présenter en consultation ?

L'Organisation des Nations unies définit un **migrant** comme « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ». Ainsi, le terme « migrant » regroupe une grande diversité de motifs de migration, une diversité de statuts juridiques, des droits de séjours accordés ou non.

Différents types de titres de séjours sont délivrés en France, en fonction des motifs de la venue sur le territoire. Ces motifs d'immigration en France sont diversifiés :

- le motif économique, qui regroupe l'ensemble des salariés, des actifs non salariés, des saisonniers, des scientifiques et des artistes ;
- le motif familial, qui comprend l'ensemble des titres de séjour pour regroupement familial ;
- les étudiants ;
- les motifs divers rassemblant les visiteurs, les étrangers entrés mineurs, les anciens combattants ou les retraités ;
- les motifs humanitaires, qui comprennent les statuts de réfugié, de protection subsidiaire ainsi que les bénéficiaires d'un titre de séjour pour soins, victimes de la traite des êtres humains ou de violences conjugales ;
- les « demandeurs d'asile », personnes qui sollicitent la protection internationale et qui sont en attente d'une décision de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA). Pendant l'examen de leur demande, ces personnes ont une autorisation provisoire de séjour (APS).

Les personnes bénéficiant d'un de ces titres de séjour, même provisoire, sont donc en situation régulière, ce qui leur permet d'avoir accès à une protection universelle maladie (PUMa). Cette PUMa peut être complétée par une assurance santé complémentaire ou une mutuelle pour les personnes ayant des ressources suffisantes. Celles ayant de faibles ressources auront accès à la complémentaire santé solidaire. Depuis le 1er janvier 2020, l'accès est sous condition de résidence d'au moins 3 mois sur le sol français.

Les personnes en situation irrégulière, soit dès leur arrivée sur le sol français soit suite à un refus de titre de séjour ou de non-renouvellement de celui-ci, ont accès à l'aide médicale de l'État (AME). Elle est délivrée sous deux conditions : le fait de résider en France de manière ininterrompue depuis au moins 3 mois et respecter des conditions de ressources. Cependant l'irrégularité du séjour en France expose le migrant à une mesure d'éloignement du territoire appelée *obligation de quitter le territoire français*.

Les migrants n'ayant aucune couverture sociale et n'ayant pas de ressources ont accès à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Ces PASS se trouvent au sein des hôpitaux publics.

Le terme « migrant » sous-tend donc différents motifs de migration. Certains de ces motifs permettent au migrant d'obtenir un titre pour séjourner en France de manière régulière et d'avoir accès à la protection universelle maladie.

État des lieux en France

Qui sont les migrants en France ?

En 2018, en France, plus de 6 millions de personnes étaient immigrées en situation régulière, ce qui représente environ 10 % de la population, dont 4 millions d'étrangers nés hors des frontières et 2,5 millions ayant acquis la nationalité française [1]. Le nombre de personnes faisant une demande d'asile augmente tous les ans, avec environ 180 000 demandes faites en 2019, soit 9 % de plus qu'en 2018. Plus de 30 000 personnes ont été déclarées « réfugiées » en 2019 [2]. Il existe peu de données sur les migrants en situation irrégulière. Selon l'enquête Premiers Pas de 2018, 300 000 personnes bénéficiaient de l'AME, ce qui correspond à environ la moitié des personnes éligibles. Même après cinq années

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

de présence sur le territoire, 35 % des personnes éligibles ne bénéficient pas de l'AME [3].

Selon un rapport de l'OFPRA, il y aurait eu en 2018 plus de 20 000 mineurs « accompagnant » leurs parents et environ 17 000 personnes entrées sur le territoire et reconnues « mineurs non accompagnés » (MNA) (cf. encadré).

Les mineurs non accompagnés

Les mineurs non accompagnés sont exposés à des problèmes de santé physiques et aussi psychiques et il existe souvent un retard d'accès aux soins. Selon Médecin du Monde, en 2017 et 2018, un tiers des motifs de consultation concernaient des symptômes digestifs (douleurs abdominales, trouble du transit, problèmes dentaires…), 15 % des symptômes ostéoarticulaires en lien avec un traumatisme subi dans le pays d'origine ou lors du parcours migratoire et 10 à 15 % des symptômes cutanés (gale, punaises de lit, eczéma…). En termes de prévention, la mise à jour vaccinale, le suivi bucco-dentaire et la prévention des conduites à risque sont importants à prendre en compte. Un suivi psychologique peut être nécessaire pour ces individus qui ont souvent subi des traumatismes dans le pays d'origine (perte d'un parent, violences…), lors du parcours migratoire (peur, faim, violences…) ou après leur arrivée en France (isolement, violences institutionnelles…). Les enfants étrangers isolés bénéficient en général jusqu'à leur majorité d'une ordonnance de placement provisoire prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE). Ces derniers peuvent être affiliés à l'Assurance Maladie via la PUMa. S'ils ne sont pas reconnus comme isolés et non pris en charge par l'ASE, ils peuvent bénéficier de l'AME sans condition de durée minimale de présence sur le territoire et sans justificatifs de ressources.

Quel est leur état de santé ?

Il est difficile, voire impossible, de décrire la « santé des migrants » du fait de la grande hétérogénéité des populations regroupées dans cette dénomination. Cependant, il existe des données épidémiologiques concernant certains sous-groupes de cette population.

L'effet « immigration en bonne santé », ou *Healthy Migrant Effect*

Le *Healthy Migrant Effect* (HME) a été décrit dans les premières études sur les populations migrantes, dans lesquelles les immigrés avaient un meilleur état de santé que les habitants du pays d'accueil de la même catégorie d'âge. Cet effet est expliqué par deux principales raisons : le processus de migration sélectionne les personnes en meilleure santé dans le pays de départ et la protection par les aspects culturels de l'alimentation et des comportements de santé. Cependant, les dernières études ont mis en évidence la dégradation de l'état de santé des immigrés dans les années qui suivent l'arrivée dans un pays d'accueil.

Cette disparition du HME s'explique par les inégalités sociales de santé auxquelles ces populations sont soumises, comme :

- les conditions d'accueil et de logement précaires ;
- le délai avant l'obtention d'un statut administratif stable ;
- les conditions de travail dégradées ;
- la dégradation des habitudes de vie ;
- le retard au diagnostic des pathologies chroniques ;
- un moindre accès aux services de prévention.

Spécificités de l'état de santé des migrants

Bien que l'état de santé des personnes immigrées soit peu décrit en France, il existe quelques données sur lesquelles s'appuyer. L'état de santé perçu est plus mauvais que celui de la population majoritaire et cet effet semble plus marqué chez les femmes. Dans l'enquête Trajectoire et Origine de 2008, représentative des ménages ordinaires en France métropolitaine, 18 % des hommes immigrés et 25 % des femmes immigrées décrivaient leur état de santé comme altéré contre respectivement 15 % et 16 % pour la population majoritaire — la population étudiée était âgée de 18 à 60 ans. Dans l'enquête Premiers Pas s'intéressant aux personnes sans titre de séjour vivant en France, ce chiffre était encore plus élevé avec 45 % des personnes interrogées déclarant un état de santé altéré [4].

Pathologies infectieuses

La prévalence des pathologies infectieuses est liée à l'incidence plus forte dans le pays d'origine et au risque accru de contamination dans le pays d'accueil lié à des conditions d'accueil dégradées.

L'incidence de la séropositivité au VIH diminue depuis 2013 chez les personnes nées en France mais elle reste stable chez les femmes nées à l'étranger et augmente chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes nés à l'étranger. Plusieurs travaux ont mis en évidence qu'une part importante des contaminations se fait après l'arrivée sur le territoire français. Selon l'enquête Parcours menée en 2012-2013 en Ile-de-France, de 35 à 49 % des patients vivant avec le VIH sont infectés après leur arrivée en France. Une grande majorité de ces infections a lieu dans les 6 premières années [5].

Concernant les infections chroniques par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C, les données du COMEDE (comité pour la santé des exilés, centre de santé de Bicêtre) rapportent pour 2020 une incidence du VHB de 10 % et du VHC de 1 %. En population générale, la prévalence de l'hépatite B était en 2004 de 0,30 % et de 0,30 % pour l'hépatite C. Une estimation faite en 2016 retrouve une prévalence de l'hépatite B chronique fortement associée au lieu de naissance, atteignant 5,81 % pour les personnes nées en Afrique subsaharienne comparée à 0,14 % pour les personnes nées en France métropolitaine [6].

En 2018, Santé publique France rapporte une incidence pour la tuberculose de 35 pour 100 000 personnes nées hors de France, environ 10 fois plus que chez les personnes nées en France. Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont particulièrement exposés, avec une incidence estimée à 150 pour 100 000 personnes [7].

Pathologies chroniques non infectieuses

La santé mentale des personnes migrantes est une préoccupation car elles sont particulièrement exposées à des facteurs de risque de troubles d'ordre psychologique. En 2013, 68 % des patients du COMEDE déclaraient des antécédents

de violence, 17 % des antécédents de torture et 14 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle [8]. Dans l'étude Premier Pas de 2019, 20 % des personnes éligibles à l'AME présentaient des troubles anxieux ou du sommeil. Le syndrome de stress post-traumatique est aussi plus fréquent que dans la population générale, touchant 8 % des personnes interrogées. Environ la moitié des personnes présentant un trouble psychique n'a pas recours au système de santé et aux services de santé mentale, qui lui sont difficiles d'accès. La barrière de la langue et la méconnaissance des droits ainsi que des services de proximité sont les principaux obstacles à une prise en charge plus optimale de leur santé mentale [4].

La santé des enfants de familles migrantes ou isolés est fragile voire précaire. Ceux-ci sont plus exposés aux pathologies infectieuses, au surpoids, aux carences nutritionnelles ainsi qu'aux troubles du neurodéveloppement. Dans une étude auprès d'enfants de moins de 13 ans sans logement en Ile-de-France, environ un tiers des enfants étaient anémiés. Le surpoids touchait 25 % des enfants de cette étude ; 10 % étaient en situation de maigreur. Cette situation est favorisée par les conditions d'accueil précaires avec des logements insalubres favorisant la promiscuité, par l'insécurité alimentaire (qui touche 2 enfants sur 3, plus chez les individus en demande d'asile ou en cours de régularisation) ainsi que par les difficultés d'accès aux soins. Dans cette même étude, environ 1 enfant sur 5 avait un trouble suspecté de santé mentale (troubles émotionnels, troubles du comportement, troubles d'inattention/hyperactivité, troubles relationnels). La santé mentale des enfants est corrélée à plusieurs facteurs : la santé mentale de la mère, les conditions et la stabilité de l'hébergement [9].

Parmi les populations migrantes, **la santé des femmes**, dont un grand nombre est en âge de procréer, reste précaire. Ainsi, en 2018 en France, près d'un quart des naissances vivantes étaient issues de mères nées à l'étranger. Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne sont plus exposées à un début de suivi de grossesse tardif, au fait d'accoucher prématurément ou par césarienne.

Il existe peu de données sur l'accès à la contraception des femmes migrantes. Les femmes étrangères ne maîtrisant pas ou peu la langue française sont plus exposées aux grossesses non désirées, comme aux difficultés d'accéder à un moyen de contraception qu'elles pourraient choisir. Elles bénéficient moins souvent que la population générale des opportunités de dépistage des cancers gynécologiques (col de l'utérus, sein).

L'enquête Parcours suggère également que les femmes originaires d'Afrique subsaharienne sans logement sont plus souvent exposées aux rapports sexuels « transactionnels » c'est-à-dire en échange d'un logement ou de nourriture, ainsi qu'aux violences sexuelles. Il s'agit donc d'une population très vulnérable chez laquelle la recherche de violence doit être proactive.

La première consultation

La première consultation (tableaux 47.1 à 47.3) avec un patient migrant peut être perçue comme compliquée ou longue en raison d'un nombre important de sujets à explorer. L'accompagnement d'une personne migrante nécessite un temps de compréhension du patient, de son contexte social, de l'évaluation de son état de santé mentale et physique, de son parcours de soins antérieur éventuel en France, de ses besoins médicaux, sociaux et familiaux et de ses attentes. Les items évoqués dans l'interrogatoire ne sont donc pas tous abordés lors de la première consultation, mais le suivi dans le temps en médecine générale le permet.

Tableau 47.1 Interrogatoire.

Dossier administratif	Conditions de vie
– Âge/sexe – Pays d'origine – Langue(s) parlée(s) – Histoire de l'immigration – Métier exercé dans son pays, études effectuées…	– Statut en France : sans papiers, demandeur d'asile, réfugiés, visa d'étude… – Conditions de logement – Source(s) de revenu – Couverture sociale – Présence d'un entourage famille, communauté, amis… – Prostitution ?
Dossier médical	**Symptômes**
– Antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux – Allergies – Prises quotidiennes de traitements – Prise de contraception et proposition d'une contraception – Consommation de tabac, d'alcool ou d'autres toxiques – Carnet de vaccination (si disponible) – Violences subies : avant, pendant le voyage, en France	– Douleurs – Toux – Asthénie – Perte de poids – Troubles digestifs – Troubles du sommeil – Symptômes dépressifs – Anxiété – Stress post-traumatique – Troubles de la vue – Troubles de l'audition

Tableau 47.2 Examen clinique.

– Poids/taille – Examen cardiopulmonaire – Recherche des pouls et souffles vasculaires – Examen dermatologique : recherche de cicatrice(s), lésions cutanées – Examen abdominal : recherche hépatomégalie – Bandelette urinaire : recherche d'une hématurie microscopique

Mise à jour vaccinale

Avant toute injection :

- récupérer les preuves écrites des anciennes vaccinations si elles existent ;
- les comparer au calendrier vaccinal du pays ou elles ont été faites[56] ;
- chaque injection compte ;
- vérifier la durée entre chaque injection ;
- penser aux sérologies prévaccinales ;
- compléter les schémas à partir de là où ils sont arrêtés ;
- les procédures de rattrapage sont résumées sur le site de la HAS [57].

[56] Accessibles sur les sites de l'OMS : http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary ou de l'ECDC : http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx.

[57] Haute Autorité de santé. Rattrapage vaccinal en population générale. Statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu. Saint-Denis: HAS ; 2019. Disponible sur www.has-sante.fr/.

Tableau 47.3 **Bilan paraclinique d'arrivée.**

L'état de santé des migrants est hétérogène et dépend de plusieurs facteurs en fonction du pays d'origine, du trajet migratoire et des conditions de vie en France. Dans le cadre d'une prise en charge centrée sur le patient, les propositions qui suivent sont à interpréter en fonction du contexte de chaque patient. Les sérologies prévaccinales sont prescrites dans une optique de mise à jour des vaccins lors d'une prochaine consultation.

Infectieux	
– Sérologie VIH – Sérologie VHB (dépistage et prévaccinal) – Sérologie VHC – Sérologie syphilis – IDR ± radiographie de thorax (si provenance ou passage en zone de forte endémicité de la tuberculose) – Sérologie bilharziose (zone endémie = zone intertropicale en Afrique) – Sérologie anguillulose – PCR *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhea**	
Prévaccinal	**Non infectieux**
– VHA (si HSH ou si < 18 ans) – Varicelle (si pas de varicelle décrite dans l'enfance et âge entre 12 et 40 ans) – Tétanos (si doute sur vaccination récente en l'absence de preuve écrite)	– NFS + ferritine (femme en âge de procréer) – Albumine (état nutritionnel)

* Sur premier jet urinaire ou autoprélèvement vaginal.
HSH : homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Le risque de survaccination, hyperimmunisation dans le cadre de la mise à jour vaccinale

Il peut y avoir un risque de **survaccination**, notamment si le praticien réalise une primovaccination sans effectuer de sérologies vaccinales. Cette approche permet d'éviter la réalisation de sérologies et garantie l'acquisition d'une immunité efficace. Cependant, cette stratégie expose à l'administration de doses de vaccins inutiles et à un risque théorique d'hyperimmunisation, lorsque l'individu a déjà un taux d'anticorps élevé. Ce risque a été décrit notamment avec les vaccins DTP et DTPCa. Il n'y aurait, à l'inverse, pas de risque à réadministrer un vaccin ROR, *Haemophilus influenzae* de type B, poliomyélite, méningocoque ou hépatite B à une personne déjà immune [12].

Ce risque comprend le phénomène d'Arthus (réaction inflammatoire locale) et un risque d'œdème local du bras ou de la jambe. Des cas rares de réactions après vaccination par anatoxines ont été décrits et incluent des réactions généralisées (arthralgies, érythèmes polymorphes, eczémas, abcès récurrents stériles, maladie sérique), des neuropathies périphériques (notamment névrite du plexus brachial), ainsi qu'une augmentation de la fréquence des convulsions fébriles et des épisodes d'hypotonie-hyporéactivité chez le nourrisson.

Suivi des patients migrants en médecine générale

La situation de ces patients est amenée à évoluer rapidement dans le temps, entraînant une combinaison de vulnérabilités qui influent sur les soins et conseils à apporter par le médecin généraliste. C'est pourquoi toutes les compétences de celui-ci sont mises en jeu dans le suivi d'un patient migrant :

- la gestion des problèmes aigus et chroniques dans le respect du parcours de soins grâce à l'éducation des patients sur l'organisation du système de soins et en se positionnant comme coordonnateur pour éviter les consultations inutiles aux urgences ;
- la **coordination des soins** par le travail conjoint avec les associations locales et les travailleurs sociaux pour apprendre le français, rompre l'isolement, accompagner dans les démarches administratives, soutenir psychologique en cas de syndrome de stress post-traumatique, etc. Cette coordination des soins implique de connaître les structures publiques (PASS, PMI, CeGIDD…), caritatives ou sociales (centre communal d'action sociale [CCAS], associations) qui pourront répondre aux besoins de chaque patient ;
- la **relation de soins** dans le respect du secret professionnel partagé, l'écoute des attentes et représentations, la prise en compte de la littératie en santé ;
- l'**approche biopsychosociale**, avec la prise en compte des déterminants psychologiques, sociaux et culturels qui interviennent dans la santé du patient ;
- la **prévention** : vaccination, dépistages organisés des cancers du col de l'utérus, du sein, du côlon, contraception, consommation de toxiques sont abordés. Le médecin généraliste, grâce à la connaissance de la situation de chaque patient est un interlocuteur privilégié pour prodiguer de l'éducation à la santé adaptée à l'âge, au sexe et à la situation de chacun. Le profil de certains patients les amène à ne consulter qu'en cas de problème aigu ou de consultation « obligatoire » (vaccination des enfants). En cas de suivi erratique, chaque occasion est mise à profit pour parler de prévention (par exemple, contraception et dépistage du cancer du col de l'utérus chez la mère lors d'une consultation de pédiatrie).

Retour au pays

Dans le cadre d'une consultation où un retour « au pays » est évoqué, plusieurs sujets sont explorés. Le voyageur bénéficie d'un conseil sur des mesures de prévention adaptées au pays. Les principaux points d'attention sont la lutte contre le péril fécal (désinfection de l'eau, solution hydroalcoolique), la prévention antipaludéenne (chimioprophylaxie, moustiquaire). Face à un patient fragile ou ayant un traitement pour une maladie chronique, la gestion du traitement et des risques aigus lors du voyage (déshydratation, hypoglycémie, infection) est discutée en amont. En cas de départ d'une enfant mineure avec un membre de la famille, le risque de mutilation sexuelle est évalué. Se renseigner sur des éventuelles mutilations sexuelles chez la mère et sur le pays ou la région d'origine des parents ou des grands-parents aide à appréhender ce risque lors d'un voyage. En cas de risque avéré imminent, tout professionnel de santé fait une déclaration en urgence au procureur de la République près le tribunal judiciaire du ressort du domicile de la patiente (avec son accord si elle est majeure). En cas de risque non imminent, une information préoccupante peut être faite à la CRIP afin de protéger la mineure.

Références

[1] Institut national de la statistique et des études économiques. L'essentiel sur les immigrés et les étrangers. [En ligne]. Montrouge: INSEE; 2021. Disponible sur : www.insee.fr/.

[2] Ministère de l'Intérieur. Chiffres clés sur l'immigration. [En ligne]. Paris: ministère de l'Intérieur; 2021. Disponible sur : https://www.immigration.interieur.gouv.fr/.

[3] Saulière J, Hemous C, Latournerie J-Y, Bartoli F, Rey J-L, Fellinger F. L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions. [En ligne]. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Action et des Comptes publics; 2019. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf.

[4] Jusot F, Dourgnon P, Guillaume S, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. Questions d'économie de la sante. 2019;245:8p. [En ligne]. Paris: IRDES Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé; 2019. Disponible sur : www.irdes.fr.

[5] Gosselin A, Ravalihasy A, Pannetier J, Lert F, Desgrées du Loû A. PARCOURS Study Group. When and why? Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France. Sex Transm Infect 2020;96(3):227–31.

[6] Saboni L, Brouard C, Gautier A, et al. Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest. Bull Epidemiol Hebd 2019;24-25:469–77.

[7] Santé publique France. Tuberculose. [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2021. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr.

[8] Comité pour la santé des exilés (Comede). Soins et accompagnement. Migrants/étrangers en situation précaire. [En ligne]. Le Kremlin-Bicêtre: Comede; 537p. Disponible sur : https://www.comede.org/.

[9] Observatoire du Samu Social de Paris. Rapport d'enquête Enfants et familles sans logement; 2014. p. 444.

[10] Office français de protection des réfugiés et apatrides. Protection des mineures menacées de mutilation sexuelle - Convention entre l'AP-HP et l'Ofpra. [En ligne]. Fontenay-sous-Bois: OFPRA; 2018. Disponible sur : https://ofpra.gouv.fr/fr.

[11] Hamel C, Moisy M. Enquête trajectoires et origines. Migrations, conditions de vie et santé en France. Bull Epidemiol Hebd 2012;2-3-4:21–4.

[12] Ponvert C, Scheinmann P. Les réactions allergiques et pseudo-allergiques aux vaccins. Rev Fr Allergol Immunol Clin 2004;44(5):461–8.

[13] du Monde Médecin. Rapport d'activité 2018. Programme Mineurs Non Accompagnés (MNA). [En ligne]. Paris: Médecins du Monde (délégation Ile-de-France); 2019. p. 25. Disponible : http://www.infomie.net/IMG/pdf/ra_2018_programme_mna_vf.pdf.

[14] Haute Autorité de santé. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. En cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr/.

Vaccination

Ludovic Casanova, Eva Mitilian

PLAN DU CHAPITRE

Principe de la vaccination 469
Calendrier vaccinal simplifié 470
Épidémiologie des maladies à protection vaccinale et couverture vaccinale 471
L'hésitation vaccinale 475
Répondre aux questionnements des parents . . . 477
Conclusion 478

Principe de la vaccination

Principe général

La vaccination relève de la prévention primaire ; son but est d'induire une protection spécifique contre un agent infectieux en s'appuyant sur les capacités de reconnaissance et de mémorisation du système immunitaire. Le système immunitaire reconnaît les antigènes des agents infectieux. Il s'agit de molécules constitutives de l'agent pathogène ou issues de sa production capables de déterminer une réaction immunitaire. L'objectif de la vaccination préventive est de réaliser cette immunisation avant tout contact avec l'agent pathogène. La vaccination exploite la mémoire du système immunitaire et sa capacité à réagir de manière plus rapide et plus importante lorsqu'un contact ultérieur avec l'agent infectieux a lieu, de manière à prévenir des manifestations pathologiques.

Classification (tableau 49.1)

Est présentée dans ce chapitre la classification qui permet d'identifier clairement les « vaccins vivants atténués » car ils possèdent des contre-indications à connaître.

Vaccins à germe vivant atténué

Ce sont des vaccins préparés à partir de micro-organismes qui ont été affaiblis en laboratoire. Les germes atténués ont la capacité de se répliquer dans l'organisme de la personne vaccinée et d'induire une réponse immunitaire via une forme minime de la maladie. En général, une seule administration de vaccin vivant atténué suffit pour parvenir à une immunité solide et durable.

Vaccins à germes entiers inactivés

Les vaccins inactivés sont composés de micro-organismes (virus, bactéries, autres) qui ont été tués par des processus physiques ou chimiques. Même s'ils comportent un grand nombre d'antigènes, ces vaccins inactivés nécessitent plusieurs inoculations sous forme de rappels espacés dans le temps.

Vaccins sous-unitaires

Ces vaccins ne contiennent que des fragments de l'agent pathogène (antigènes ou anatoxines) ou un vecteur qui commandera leur synthèse (ARN messager, adénovirus). Ces fragments induisent directement ou indirectement une réponse immunitaire protectrice.

Principes immunologiques

Suite à l'administration du vaccin, par voie intramusculaire ou sous-cutanée, l'antigène est capté par des cellules du système immunitaire, les cellules présentatrices d'antigènes, directement sur le site d'injection. Ces cellules migrent ensuite vers le ganglion lymphatique le plus proche pour présenter les antigènes aux lymphocytes T CD4. Dans les heures qui suivent, ces derniers activent les lymphocytes T CD8 « tueurs » (réponse cellulaire) et les lymphocytes B producteurs d'anticorps (réponse humorale).

La réponse cellulaire apparaît rapidement. Lorsque les lymphocytes T CD8 apparaissent, leur nombre croît rapidement : ce sont des cellules ayant une durée de vie courte dont la population est maximale au bout de 1 semaine et disparaît en 2 à 6 semaines. Elles laissent la place à des cellules T mémoires dont le nombre est maximal 2 à 6 semaines après l'inoculation et se réduit ensuite très lentement. Elles restent généralement détectables pendant plusieurs années. Elles circulent dans l'organisme et colonisent la plupart des organes lymphoïdes, notamment le thymus. Cette activation permet d'éliminer spécifiquement les antigènes microbiens en 3 à 5 jours.

La réponse humorale apparaît en moyenne en 2 semaines. Elle est peu protectrice au début, médiée par des IgM qui sont des immunoglobulines de faible affinité, puis secondairement plus spécifique avec une forte affinité avec les IgG. Lors d'un nouveau contact avec les antigènes de l'agent infectieux, les lymphocytes B sont rapidement réactivés. Cela permet alors un délai de réponse plus court.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Tableau 49.1 **Classification des vaccins.**

Vaccins à germes entiers	Vivants atténués	Tuberculose Dengue Fièvre jaune Rougeole, oreillons, rubéole Rotavirus Vaccin oral contre la poliomyélite Varicelle Zona
	Inactivés ou « tués »	Choléra Leptospirose Encéphalite japonaise Encéphalite à tiques Grippe Hépatite A Poliomyélite Rage
Vaccins sous-unitaires	Anatoxines	Diphtérie Tétanos
	Polysaccharides capsulaires	*Haemophilus influenzae* b Pneumocoques (13 et 23 valences) Méningocoques A-C-Y-W135 Typhoïde
	Protéines	Coqueluche acellulaire Méningocoque B Hépatite B HPV
	Vecteurs (ARNm ou adénovirus)	SARS-CoV-2

Les vaccins stimulent la production d'anticorps protecteurs qui sont des immunoglobulines. La mesure du titre des anticorps, moyen le plus utilisé en pratique pour mesurer l'immunogénicité d'un vaccin, constitue une mesure indirecte de l'efficacité vaccinale. Néanmoins, il n'existe pas de corrélation parfaite entre les titres d'anticorps et la protection clinique ; les études sur l'efficacité vaccinale doivent intégrer des critères de jugement clinique.

Mode d'administration

La grande majorité des vaccins inactivés est injectée par voie intramusculaire profonde. L'injection intramusculaire permet de réduire les effets indésirables locaux. Les vaccins vivants atténués sont injectés par voie sous-cutanée. Seul le BCG est injecté par voie intradermique et le vaccin antigrippal peut l'être en spray nasal. L'injection en intramusculaire se réalise aiguille à 90°, sans pincer la peau. La prise d'anticoagulant ne contre-indique pas l'injection et une compression du site d'injection permet de diminuer les risques d'hématome musculaire. Il n'est pas nécessaire d'aspirer avant d'injecter un vaccin. Cela augmente inutilement la douleur liée au geste. Il n'est pas nécessaire de complètement purger la seringue d'une bulle d'air résiduelle pour permettre l'injection complète du vaccin, y compris le volume mort de l'aiguille, et éviter les fuites de produit. Il faut éviter de souiller l'aiguille avec le produit vaccinal afin que la totalité du vaccin soit bien injectée dans le muscle, car son injection trop superficielle entraînerait une réaction inflammatoire avec une majoration des réactions locales.

Il existe deux zones d'injection sans nerf ni gros vaisseaux :

- le muscle deltoïde : il est choisi chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson de plus de 1 an (et/ou plus de 9 kg) ;
- le muscle vaste externe (au milieu de la face antéro-externe de la cuisse) chez le nourrisson de moins de 1 an (ou moins de 9 kg).

Contre-indications

L'unique contre-indication définitive applicable à tous les vaccins est un antécédent de réaction allergique grave à une dose de vaccin ou un constituant de celui-ci. Dans cette situation, un avis spécialisé est demandé pour confirmer la contre-indication définitive. L'anaphylaxie est une réaction allergique extrêmement rare (1 sur 100 000 doses). L'acte de vacciner étant très fréquent dans la pratique des médecins généralistes, il est conseillé de disposer d'adrénaline par voie injectable dans la structure d'exercice. Lorsqu'ils sont disponibles, les auto-injecteurs d'adrénaline (stylos prérempli) constituent un gain de temps et sécurisent la dose délivrée. L'administration en urgence d'antihistaminiques ou de corticoïdes n'a pas d'intérêt dans la prise en charge de l'anaphylaxie.

Une maladie infectieuse évolutive avec fièvre constitue une contre-indication transitoire qui invite le praticien à reporter la vaccination. Les situations cliniques bénignes comme une virose sans fièvre, une asthénie, un surmenage ne contre-indiquent aucunement la vaccination et ne doivent pas retarder celle-ci. Ces fausses idées entraînent des occasions manquées de vacciner, retardent la protection ou réduisent la couverture vaccinale. Ces situations sont discutées avec le patient en fonction de chaque vaccin, de la situation clinique et de la balance bénéfice-risque.

Les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués chez les femmes enceintes et les patients sévèrement immunodéprimés. Pour ces derniers, la vaccination représente cependant un outil de prévention majeur. Le médecin généraliste est engagé dans la bonne mise en œuvre d'un programme personnalisé de vaccination du patient immunodéprimé et de son entourage. La balance bénéfice-risque est régulièrement réévaluée au vu du déficit immunitaire car des fenêtres thérapeutiques peuvent être aménagées.

Calendrier vaccinal simplifié

La politique de vaccination française est élaborée par le ministère chargé de la Santé qui énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations (figure 49.1) après avis de la commission technique des vaccinations, rattachée à la HAS.

Ce calendrier vaccinal publié annuellement au mois de mars émet des recommandations vaccinales « générales » et des recommandations vaccinales « particulières » propres

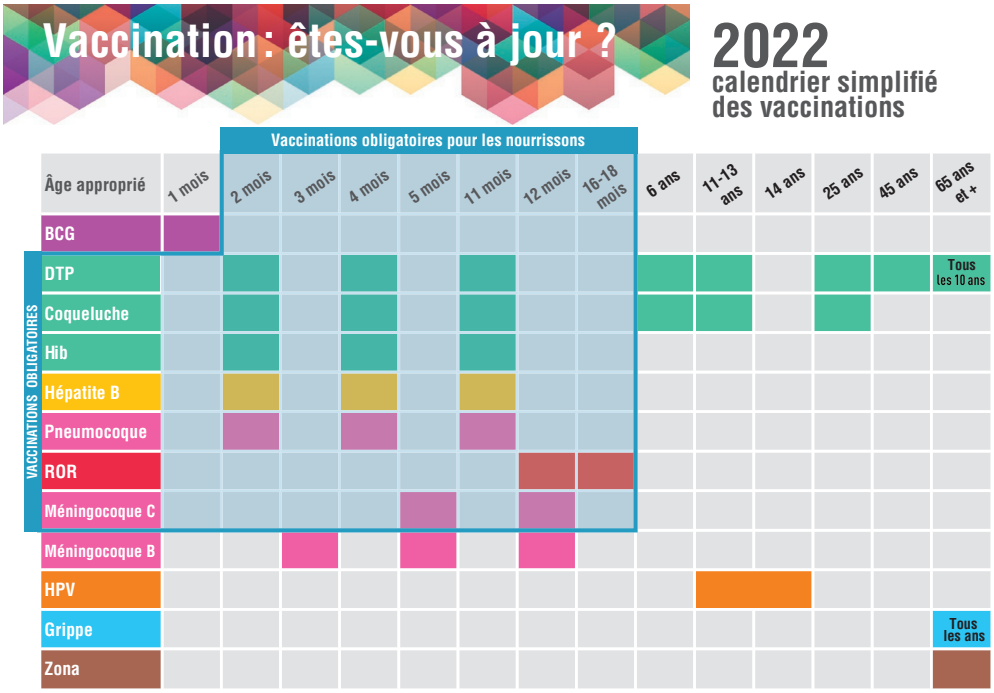


Fig. 49.1 Calendrier vaccinal simplifié 2022. *(Source : ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carte_postale_vaccination_simplifiee_2022.pdf.)*

à des conditions spécifiques (comorbidité, lieu de vie, profession, condition sociale…). Par esprit de concision, seules les recommandations vaccinales « générales » sont abordées dans ce chapitre. Le calendrier des vaccinations est susceptible d'être mis à jour en fonction des actualités liées à la vaccination. Les professionnels sont invités à consulter régulièrement le site du ministère chargé de la Santé sur lequel est publiée la version datée.

Épidémiologie des maladies à protection vaccinale et couverture vaccinale

Efficacité vaccinale

L'efficacité vaccinale à travers le temps est illustrée par le tableau 49.2 (limité aux vaccins du calendrier simplifié des vaccinations 2022).

Épidémiologie des maladies à protection vaccinale

Diphtérie

Infection causée par la toxine d'une bactérie : *Corynebacterium diphtheriae*. Elle peut causer de graves complications respiratoires, cardiaques et nerveuses (paralysie). Le taux de mortalité est d'environ 1 personne sur 10, surtout les jeunes enfants. Une diminution de la vaccination de la population peut entraîner une hausse du nombre de cas, voire une épidémie comme dans les années 1990 dans les pays de l'ex-Union soviétique. Un cas de diphtérie mortel a été rapporté en 2015, en Espagne, chez un enfant non vacciné et un, en Belgique, en 2016 : ces événements confirment la nécessité de maintenir une couverture vaccinale très élevée pour éviter la réapparition de la maladie en France.

La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite est supérieure à 95 % à 12 mois, 6 et 12 ans. Le rappel décennal chez les personnes âgées de 65 ans a été mesuré à seulement 44 % [1].

Tétanos

Infection occasionnée par une toxine fabriquée par une bactérie : *Clostridium tetani*. Elle bloque le contrôle normal des réflexes nerveux de la moelle épinière, elle est responsable d'une stimulation musculaire intense entraînant de longues contractions douloureuses. Le tétanos est non contagieux, il s'agit donc d'une des rares vaccinations ou le bénéfice attendu est uniquement individuel. La toxine se propage par les spores dans l'environnement, notamment le sol et la poussière contaminés. Pour provoquer une infection, les spores doivent pénétrer dans la peau à la suite d'une blessure comme une ponction, une lacération ou une morsure. Le tétanos est mortel par atteinte respiratoire dans 10 % des cas. En France, entre 2011 et 2020, on dénombre entre 1 et 10 cas déclarés de tétanos par an, 70 % des cas déclarés avaient 70 ans et plus, et le taux de mortalité était de 30 %.

En cas de plaie chez un patient non à jour de sa vaccination, il existe des tests rapides permettant de détecter des anticorps anti-toxine tétanique dans le sang pour évaluer l'immunité antitétanique.

Tableau 49.2 **Fardeau des maladies en période pré- et post-vaccination.**

	Période pré-vaccination	Période post-vaccination
Diphtérie	45 000 cas et 3 000 décès par an (1945)	0 cas et 0 décès par an (depuis 1990)
Tétanos	500 cas et 300 décès par an (1960)	De 1 à 10 cas et 0 à 1 décès par an (depuis 1990)
Poliomyélite	1 979 cas et 297 décès par an (1950)	0 cas et 0 décès par an (depuis 1990)
Coqueluche	5 000 à 7 000 cas et 300 décès par an (1966)	2 000 cas et 3 décès par an (moyenne depuis 2010 car vagues épidémiques)
***Haemophilus influenzae* type b**	500 à 600 cas de méningite par an (1992)	50 cas de méningites par an (2016)
Pneumocoque	32 cas d'infections invasives à pneumocoque pour 100 000 enfants de 0 à 2 ans (1998)	15 cas d'infections invasives à pneumocoque pour 100 000 enfants de 0 à 2 ans (2015)
Méningocoque C	219 cas par an (2003)	118 cas par an (2015)
Rougeole	600 000 cas par an (1980)	2 920 cas par an (2018)
Rubéole	30 à 45 infections au cours de la grossesse pour 100 000 naissances vivantes (1985)	3 infections au cours de la grossesse pour 100 000 (2015)
Oreillons	859 cas pour 100 000 (1986)	9 cas pour 100 000 (2011)
Papilloma virus humain	Non comparable car le diagnostic et le pronostic sont multifactoriels	
Grippe		
Hépatite B		
Zona	Absence de données	

Poliomyélite

Infection occasionnée par le poliovirus, présent dans la gorge et dans les selles des personnes infectées. Il est transmis par contact direct et étroit avec les sécrétions de la gorge, ainsi que par le contact indirect. La poliomyélite est souvent asymptomatique. Dans 1 % des cas, le poliovirus peut infecter et détruire les cellules nerveuses de la moelle épinière qui contrôlent les contractions musculaires. Une poliomyélite paralytique peut se produire. Le patient ressent souvent d'importantes douleurs dans les muscles non paralysés. La paralysie atteint son amplitude maximale en l'espace de quelques jours puis laisse des séquelles irréversibles. À ce jour, trois pays ne sont pas parvenus à interrompre la transmission : l'Afghanistan, le Nigeria et le Pakistan. En 2008, elle s'est transmise dans vingt pays par des voyageurs provenant de ces trois pays d'origine.

Coqueluche

Infection respiratoire très contagieuse (R0 = 15 à 17) causée par une bactérie : *Bordetella pertussis*. Cette infection peut provoquer chez les nourrissons des arrêts respiratoires, des pneumonies, des convulsions avec un taux de mortalité de 1 à 3 %. Les bébés sont le plus souvent contaminés par un adulte ; il s'agit de l'un des parents dans environ 50 % des cas.

Les nourrissons font l'objet d'une protection par la stratégie de *cocooning*. Si le dernier rappel remonte à plus de 10 ans, la vaccination est recommandée pour l'entourage des nourrissons de moins 6 mois (parent avec projet parental, entourage de la femme enceinte, personne en contact étroit avec le nourrisson).

Depuis 2010, la maladie affiche une recrudescence inquiétante dans certains pays développés comme la France. Plusieurs hypothèses sont évoquées : baisse de la couverture vaccinale, vaccins actuels pas assez efficaces, mutations dans les souches circulantes, transmission asymptomatique.

La couverture vaccinale pour la coqueluche est proche de 100 % à l'âge de 12 mois depuis l'obligation vaccinale ; cependant, cette valence est plus souvent écartée par la suite avec une couverture à seulement 80 % à 12 ans.

Infections invasives à *Haemophilus influenzae* type b

Infection provoquée par une bactérie *Haemophilus influenzae* de type b (Hib). Les jeunes enfants sont les plus vulnérables. Ce germe est responsable d'otites moyennes, infections sinusales, épiglottites, bronchites, pneumonies et méningites. La méningite à Hib peut causer une surdité dans 15 % des cas, voire une perte auditive totale dans 3 % à 5 % des cas. Le taux de mortalité des méningites à Hib est de 5 %. Le Hib disparaît de tous les pays où les nourrissons sont vaccinés systématiquement car le vaccin est efficace dans 100 % des cas.

Hépatite B

C'est une infection virale du foie, par le VHB. La moitié des personnes infectées est asymptomatique ; 1 % des hépatites aiguës peuvent évoluer vers une hépatite fulminante souvent mortelle sans transplantation hépatique ; 10 % des personnes infectées deviennent des porteurs chroniques, ce qui peut entraîner une maladie hépatique ou un cancer, quelquefois des années plus tard, dans 2 à 10 % des cas. Le risque de devenir porteur chronique est plus élevé chez les nourrissons : 90 %.

En 2019, en France, on comptait 135 700 porteurs chroniques. Compte tenu de l'histoire naturelle de la maladie, il faudra de nombreuses années pour voir l'impact de la vaccination sur l'incidence du cancer du foie. Il existe peu de données en France pour l'illustrer. Dans le monde, bien que la mortalité générale due aux hépatites soit en hausse, le nombre des nouvelles infections à VHB baisse grâce à une progression de la couverture de la vaccination anti-VHB chez les enfants. Dans le monde, 84 % des enfants nés en 2015 ont eu les trois doses recommandées du vaccin contre l'hépatite B. Entre la période précédant la vaccination (qui, selon l'année d'introduction du vaccin va jusqu'aux années 1980 ou au début des années 2000) et 2015, la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant de nouvelles infections a été ramenée de 4,7 % à 1,3 %.

La couverture vaccinale est élevée à 24 mois (plus de 90 %) et bien moindre dans les populations moins jeunes (40 % à l'âge de 15 ans).

Infections invasives à pneumocoque (vaccin conjugué 13 valences)

Chez l'enfant, c'est la principale cause de méningite et d'autres infections bactériennes invasives graves. Elles touchent surtout les très jeunes nourrissons avec un pic d'incidence avant 6 mois. Le pneumocoque est également à l'origine d'une proportion importante d'otites moyennes aiguës, sinusites aiguës, bronchites aiguës, pneumonies et par conséquent d'une consommation d'antibiotiques. Il existe des complications à long terme comme la surdité (dans 10 % des cas) ou des dommages cérébraux (dans 10 % des cas). La mise à disposition du vaccin 13-valent a encore amélioré la protection en réduisant de plus de 50 % le nombre de nouveaux cas de septicémies et méningites à pneumocoque entre 2010 et 2015. La couverture vaccinale pneumocoque est proche de 100 % à 24 mois.

Infection invasive à méningocoque C

Due à une bactérie commensale du rhinopharynx : *Neisseria meningitidis*. Il existe douze sérogroupes dont les plus fréquents sont A, B, C, W et Y. En France, les principaux sérogroupes sont le B et le C. Les personnes les plus touchées sont les enfants de moins de 1 an, les enfants entre 1 et 4 ans et les jeunes adultes non protégés de 15 à 24 ans. Ces germes sont responsables de méningites et septicémies compliquées parfois de purpura fulminans. La mortalité est de 10 à 12 % et le taux de séquelles graves de 20 %.

Le nombre de cas d'infection invasive à méningocoque C a chuté en 2019, dans toutes les tranches d'âge, avec une baisse surtout remarquable chez les nourrissons et les jeunes enfants, témoignant de l'impact direct de l'obligation vaccinale mise en œuvre en 2018.

La couverture vaccinale à 5 et 24 mois est proche de 90 %. Le rattrapage jusqu'à 24 ans est cependant peu réalisé, avec une couverture inférieure à 25 % en 2021 pour cet âge précisément. La couverture s'améliore lorsque l'on descend en âge : elle est de 75 % entre 5 et 9 ans en 2020.

Rougeole

La rougeole est une maladie virale très contagieuse (R0 = 15 à 20). Le tableau clinique débute par : rhume, conjonctivite, toux, grande fatigue et forte fièvre puis, apparaît une éruption cutanée. La rougeole peut entraîner des pneumopathies : 1 500 pendant l'épidémie de rougeole entre 2008 et 2011. Elle peut aussi entraîner des encéphalopathies, plus rares et extrêmement graves (plus de 30 cas pendant l'épidémie de 2008 à 2011). Le taux de mortalité est d'environ 1 pour 1 000 (10 décès durant l'épidémie citée).

La vaccination très efficace protège de la maladie dans près de 100 % des cas après deux doses de vaccin. L'augmentation progressive de la couverture vaccinale depuis son introduction dans le calendrier vaccinal français en 1983 s'est accompagnée d'une forte diminution de l'incidence de la rougeole jusqu'en 2008. Entre 2008 et 2011, une importante épidémie de rougeole est survenue en France, liée à une couverture vaccinale insuffisante pour éviter la circulation du virus. Le nombre de cas a fortement diminué depuis 2012.

Tous les enfants et adultes jeunes (nés à partir de 1980) doivent être vaccinés contre la rougeole — lorsque ceux-ci ne l'ont pas été dans l'enfance (la vaccination contre la rougeole a été mise en place en 1983). La généralisation de la vaccination contre la rougeole a pour objectif l'élimination de la maladie. Celle-ci est possible si 95 % des personnes nées depuis 1980 se font vacciner avec deux doses.

La couverture vaccinale ROR deux doses reste insuffisante en France chez les 15 à 35 ans et chez les nourrissons âgés de 24 mois (environ 85 %), ce qui explique que le virus continue à circuler dans le pays et que des épidémies continuent à se produire.

Rubéole

La rubéole est due à un virus. Elle peut donner de la fièvre accompagnée d'une éruption cutanée. La principale complication se produit chez la femme enceinte avec un risque de malformation congénitale. Celui-ci est très élevé (environ 90 %) si la transmission a lieu pendant les trois premiers mois de grossesse et reste important jusqu'au 6e mois de grossesse.

Le vaccin apparu en 1985 a permis de diviser par 3 le nombre d'infections materno-fœtales.

Ainsi, un rattrapage est à effectuer chez les jeunes femmes non vaccinées et nées avant 1980, ayant un projet de grossesse. Une dose est alors suffisante. Si la sérologie montre la présence d'anticorps contre la rubéole, alors la vaccination n'est pas nécessaire. La vaccination protège de la maladie la personne vaccinée et, surtout, elle diminue la circulation du virus dans la population et le risque d'une transmission à une femme enceinte.

La protection après une dose de vaccin contre la rubéole est de 95 %. Elle est pratiquement de 100 % après deux doses. Deux doses de vaccin, même administrées dans la petite enfance, protègent les femmes pendant toute leur période de fécondité.

Oreillons

Les oreillons sont dus au virus ourlien. Ce virus se transmet par l'intermédiaire de gouttelettes de salive. Dans 20 à 30 % des cas, l'infection est asymptomatique. Les symptômes sont le plus souvent la fièvre et la parotidite. Les complications sont la méningite, la surdité, l'orchite (pouvant entraîner une stérilité chez le garçon).

Actuellement, la maladie a pratiquement disparu chez l'enfant, l'efficacité de la vaccination après deux doses étant proche de 100 %. Cependant, même après deux doses, la protection peut disparaître, ce qui explique la survenue très occasionnelle de cas chez des jeunes adultes vaccinés dans l'enfance. Dans ce cas, la maladie est bénigne et les complications sont exceptionnelles.

Papillomavirus humain

En France, 35 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus sont dépistées chaque année et

peuvent faire l'objet de gestes chirurgicaux, avec parfois des retentissements importants sur l'avenir obstétrical des femmes. En population générale, 70 femmes sur 100 sont infectées, 6 femmes sur 100 développent des lésions cancéreuses et 1 femme sur 100 souffre d'un cancer du col de l'utérus à cause d'une infection par un papillomavirus humain (HPV).

Chaque année, près de 3 000 femmes développent un cancer du col de l'utérus et 1 000 femmes en meurent. Le taux de survie à 5 ans d'un cancer du col de l'utérus est de 65 %. La vaccination contre HPV protège à plus de 90 % contre les HPV16 et HPV18, responsables de 70 % des cancers du col de l'utérus. Sur le plan clinique, jusqu'en 2020, seule la capacité du vaccin à prévenir l'infection persistante à HPV et la survenue des lésions précancéreuses du col de l'utérus avait pu être démontrée. Récemment, la capacité du vaccin anti-HPV à éviter un cancer du col de l'utérus est prouvée avec une diminution de près de 50 % du risque de cancer du col de l'utérus parmi les femmes vaccinées [2]. À ceci s'ajoute la prévention des verrues génitales et des autres lésions précancéreuses HPV-induites (vagin, vulve et anus).

L'indication du vaccin concerne les jeunes filles et, depuis peu, les jeunes garçons.

La couverture vaccinale est particulièrement faible en France, environ 30 % pour une dose à 15 ans et 25 % pour le schéma complet à 16 ans chez les filles ; il n'existe pas encore de données chez les garçons. Cette couverture vaccinale a donc une marge de progression majeure.

Grippe

La grippe est une infection respiratoire aiguë due à un virus influenza qui comprend essentiellement deux types : le type A, potentiellement le plus dangereux et à l'origine, trois ou quatre fois par siècle, de pandémies pouvant être très meurtrières ; le type B, également responsable d'épidémies. Elle se transmet par voie aérienne (projection de sécrétions par les postillons, la toux ou les éternuements) ou par contact avec les mains ou des objets contaminés. La grippe peut être grave, voire mortelle en particulier chez les personnes fragiles, comme les personnes âgées ou atteintes de certaines maladies chroniques, les femmes enceintes, les personnes obèses ou les nourrissons. Ces personnes vulnérables peuvent développer des complications : pneumonie virale, myocardite virale, pneumonie par surinfection bactérienne, aggravation d'une maladie chronique déjà existante.

Le vaccin se pratique tous les ans, à l'automne (en France métropolitaine), pour se protéger contre l'épidémie hivernale qui suit. La composition du vaccin est actualisée tous les ans en fonction des recommandations de l'OMS tenant compte des virus les plus susceptibles de circuler pendant l'hiver. La grippe est imprévisible et l'efficacité du vaccin est variable d'une année à l'autre.

La vaccination reste le moyen le plus efficace de protéger les populations les plus vulnérables. Si elle ne permet pas toujours d'éviter la maladie, elle réduit le risque de complications graves ou de décès. Environ 2 000 décès seraient ainsi évités chez les personnes âgées chaque année grâce à la vaccination lors des épidémies de grippe.

La couverture vaccinale peut osciller d'une année sur l'autre selon le contexte sanitaire. Elle varie entre 55 et 60 % chez les patients âgés de plus de 65 ans.

Zona

Le zona est dû au virus de la varicelle et du zona (VZV, pour *varicella-zoster virus*). Après une infection par la varicelle dans l'enfance, le virus peut rester latent dans certains ganglions nerveux. Sous l'effet de l'âge, de la fatigue, d'une maladie ou sans raison apparente, il peut se réactiver sous la forme d'un zona. Les personnes de plus de 50 ans sont les plus touchées. Plus l'âge avance, plus le zona est fréquent et sévère, car le système immunitaire devient moins efficace pour garder ce virus « sous contrôle ».

Il provoque une éruption vésiculeuse douloureuse localisée à un métamère et parfois accompagnée d'une petite fièvre. Les douleurs peuvent persister longtemps après la guérison de l'éruption : ce sont les névralgies post-zostériennes, parfois intenses, qui concernent un quart des personnes de plus de 75 ans atteintes de zona.

La vaccination est recommandée chez les adultes âgés de 65 à 74 ans révolus y compris chez les sujets ayant déjà présenté un ou plusieurs épisodes de varicelle ou de zona. La vaccination diminue le risque de survenue de zona de 64 % chez les personnes âgées de 60 à 69 ans et de 38 % chez les plus de 70 ans. Ce vaccin diminue également le risque de douleurs après zona de 66 %.

Il n'existe pas de mesure précise de la couverture vaccinale.

COVID-19

La maladie

La maladie est provoquée par un virus de la famille des coronavirus, le SARS-CoV-2. La transmission est majoritairement aéroportée et se fait par contact étroit avec une personne porteuse. Le R0 est différent selon les variants. Pour une majorité de patients, cette infection provoque des symptômes de virose simple : fièvre, frissons, toux sèche, fatigue inhabituelle, courbatures, odynophagie, diarrhée, conjonctivite. L'anosmie et l'agueusie sont des symptômes plus spécifiques à cette infection, qui peuvent persister de quelques jours à plusieurs mois.

La forme grave de la maladie correspond à une atteinte pulmonaire allant jusqu'à l'insuffisance respiratoire aiguë. Elle touche essentiellement les populations à risque qui regroupent les patients âgés, immunodéprimés, les patients obèses ou avec comorbidité sévère. Un taux de mortalité précis ne peut être avancé en raison de l'évolutivité de certains paramètres que sont la vaccination, l'agressivité des variants, la qualité et l'accès aux soins de réanimation.

Un syndrome nommé « COVID long » ou « symptômes prolongés post-COVID », encore mal défini, regroupe un ensemble de symptômes handicapants persistant plus d'un mois après le début de l'infection (fatigue, difficultés de concentration, troubles de l'odorat et du goût, souffrance psychologique, douleurs, oppression thoracique…).

La vaccination

La vaccination contre la COVID-19 a été l'occasion de mesures inédites dans le domaine de la vaccinologie :

- *innovation pharmacologique* avec la mise sur le marché de vaccins à vecteur ARN messager et à adénovirus (ces derniers relégués au second plan à cause d'une moindre d'efficacité) ;
- *modification des compétences vaccinales* : élargissement de ces compétences à d'autres professionnels de santé. Ainsi, en plus des médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les infirmiers peuvent prescrire et administrer les vaccins, à l'exception de certaines situations. En outre, d'autres professionnels sont désormais autorisés à administrer le vaccin contre la COVID-19, comme les kinésithérapeutes, les techniciens de laboratoire, les pompiers, les vétérinaires, etc. ;
- *multiplicité des lieux* : la vaccination contre la COVID-19 peut être réalisée en centre de vaccination, en cabinet de ville, en pharmacie d'officine, sur le lieu de vie ou de travail par une équipe mobile. Initialement, la proximité d'un supercongélateur et les modalités de conservation ont contraint d'organiser la vaccination en centre de vaccination. En 2021 et 2022, seul le nombre très important de patients à vacciner rapidement maintient ces lieux indispensables ;
- *innovation informatique* : un support informatique dédié et obligatoire a été proposé pour le suivi de la vaccination. Ce téléservice facilite, la prescription du vaccin, le suivi du statut vaccinal du patient, la déclaration des effets indésirables éventuellement observés, l'édition d'un document après chaque étape. Ce même site permet l'édition par l'Assurance Maladie d'un passe vaccinal permettant l'accès à certains lieux selon les restrictions en vigueur et l'intensité de la circulation du virus ;
- *innovation dans l'accès au vaccin* : prise en charge à 100 % du vaccin par l'Assurance Maladie pour toutes les personnes résidant sur le sol français, ouverture de plateformes numériques pour la prise de rendez-vous de vaccination, développement d'une communication centralisée, coordonnée par le ministère de la Santé.

Recommandations

En janvier 2022, les recommandations générales dans le contexte actuel de diffusion rapide de variants sont : tous les patients de plus 5 ans doivent bénéficier d'une primovaccination (exclusivement initiées avec les vaccins à ARNm depuis septembre 2021) en respectant un intervalle de 3 à 4 semaines entre les deux doses. L'injection systématique d'une troisième dose de vaccin est nécessaire pour finaliser la primo-vaccination des personnes sévèrement immunodéprimées. Cette primovaccination est suivie d'une dose de rappel pour tous à 4 mois. Ce schéma vaccinal est modifié par un événement de contamination : se reporter alors aux recommandations en vigueur.

De manière synthétique, ce schéma vaccinal est obligatoire pour tous les professionnels du secteur de la santé ainsi que pour tous les professionnels, bénévoles ou étudiants exerçant dans les mêmes locaux que ces derniers.

Efficacité vaccinale

Il est délicat d'avancer un chiffre précis en raison de la variation de certains paramètres : vaccination reçue, circulation du variant, schéma vaccinal appliqué et ancienneté de la dernière injection. De manière générale, Epi-Phare, en s'appuyant sur les données du SNDS, a montré que la vaccination contre la COVID-19 réduisait de 90 % le risque d'hospitalisation chez les plus de 50 ans. Cette efficacité est également prouvée face au variant Delta [3]. Les données de l'étude, portant sur 22 millions de personnes, confirment d'autres observations faites dans d'autres pays tels qu'Israël, le Royaume-Uni et les États-Unis. Le niveau de preuve est donc extrêmement solide puisque des données de vie réelle viennent confirmer les données d'essais cliniques bien réalisés.

Les vaccins à ARN messager montrent une moindre efficacité sur les formes pauci- ou asymptomatique de la COVID-19. La réduction du risque est assez variable selon les études et le variant étudié (allant de 40 % à 90 %). Il existe cependant une inquiétude sur la durée d'efficacité de la vaccination. Une étude publiée dans Science montre que l'efficacité des vaccins contre la contamination par le SARS-CoV-2 a diminué de moitié en 8 mois [4]. Enfin, le paramètre de l'émergence de variants contournant l'immunité vaccinale est un paramètre non maîtrisé à ce jour.

L'hésitation vaccinale

La crise de confiance envers les vaccins est une réalité mondiale qui touche particulièrement la France. Dans une étude réalisée en 2015, couvrant 67 pays, la France était celle où la méfiance à l'égard de la sécurité des vaccins était la plus fréquente (41 %, contre une moyenne mondiale de 13 %) [5]. Une approche consistant à dichotomiser l'acceptabilité vaccinale en « pour » ou « contre » est trop simpliste. Les attitudes face à la vaccination s'inscrivent en fait dans un continuum que certains regroupent en quatre types de patients : les *partisans* (acceptent sans condition les recommandations vaccinales) ; les *prudents* (acceptent la plupart des recommandations vaccinales tout en exprimant certaines préoccupations) ; les *sceptiques* (acceptent seulement certaines recommandations vaccinales) et les *opposants* (rejettent, sans condition, les recommandations vaccinales). Ce continuum est connu sous le nom d'hésitation vaccinale. Il est défini comme un retard dans le recours à la vaccination, une acceptation avec des doutes sur l'innocuité ou l'efficacité ou un refus des vaccins en dépit de leur disponibilité.

L'hésitation vaccinale est un phénomène complexe et spécifique au contexte de chaque pays.

En France, la confiance envers les institutions et la légitimité de ces dernières dans le domaine de la vaccination, a été entamée suite à la pandémie de grippe H1N1 en 2009. Les accusations selon lesquelles des intérêts commerciaux pourraient avoir influencé la réponse institutionnelle à la pandémie coïncident avec une forte augmentation de l'hésitation vaccinale. Les scandales sanitaires (Médiator®, prothèse PIP®, pilule de quatrième génération, Dépakine®, Levothyrox®) qui ont émaillé l'actualité au cours de cette dernière décennie ont fatalement augmenté la défiance envers les autorités sanitaires françaises.

Aujourd'hui, sur le terrain, les professionnels de santé, par leur liberté de prescription et leur indépendance, sont

les interlocuteurs privilégiés pour répondre aux patients hésitants. Le Baromètre santé 2017[58] rapportait que 81 % des parents de jeunes enfants citaient le médecin traitant comme première source d'information sur les vaccins, et que 95 % d'entre eux lui faisaient confiance sur ce sujet.

Cependant les attitudes vis-à-vis de la vaccination sont influencées par une multitude de sources d'information dont la valeur scientifique n'offre pas plus de crédibilité, par exemple en population générale, les blogs, les forums et les réseaux sociaux sont consultés avant et plus fréquemment que les sites institutionnels [6]. Les professionnels de la santé signalent que leur relation de confiance avec les patients n'est pas suffisante pour dissiper leurs inquiétudes et rassurer les patients hésitants. Ainsi, plusieurs revues de la littérature ont identifié les grands déterminants de l'hésitation vaccinale.

Les patients et l'hésitation vaccinale

Les recommandations de vaccination formulées en consultation par les professionnels de santé sont les facteurs qui favorisent le plus un comportement vers la vaccination. Dans les facteurs rendant les patients moins hésitants, la littérature trouve que les conseils d'amis, de membres de la famille ou de collègues pèsent plus que la conscience du risque de maladies. La sécurité des vaccins et la crainte d'effets secondaires sont les sources d'hésitation vaccinale les plus citées en population générale. D'une manière générale et non systématique, les personnes qui doutent de la sécurité des vaccins doutent aussi de leur efficacité. Pourtant, les vaccins les moins bien tolérés ne sont pas toujours les moins efficaces. Cette constatation montre que la confiance dans la vaccination relève davantage de phénomènes psychosociaux que d'une argumentation scientifique. C'est pourquoi, le recueil des représentations et des inquiétudes du patient est la clé d'un échange constructif en consultation.

La croyance en une médecine alternative est associée à l'hésitation vaccinale alors que la croyance en une médecine scientifique favorise la vaccination. La défiance envers les autorités et la remise en cause des sources d'information gouvernementales [7] sont plus souvent évoquées dans la littérature que les raisons religieuses, les inconvénients des vaccins (besoin de consulter, douleur à l'injection) ou leur coût. Enfin, la méfiance à l'égard des sociétés pharmaceutiques est un élément récurrent et nécessite donc sa prise en compte. Parmi les classes de médicaments les plus touchées par les ruptures d'approvisionnement figurent les vaccins.

Les professionnels de santé et l'hésitation à vacciner et à se vacciner

En 2014, les médecins généralistes étaient très majoritairement favorables à la vaccination en général (80 % très favorables, 17 % plutôt favorables) ; un résultat stable dans le temps et déjà observé en 2010 [8]. Malgré cela, et de façon assez surprenante, un quart des médecins généralistes a déclaré en 2014 que certains vaccins recommandés par les autorités leur paraissaient inutiles.

Certaines professions paramédicales expriment une hésitation vaccinale proche de celle des patients. La conviction du bénéfice des vaccins et la volonté de promouvoir la santé individuelle et communautaire sont les principales raisons pour lesquelles les personnels de santé recommandent les vaccins à leurs patients. Les trois éléments les plus retrouvés dans la littérature comme favorisant l'hésitation sont le manque de temps pour s'emparer du sujet en consultation, la peur d'effets secondaires chez leur patient, le doute sur le niveau d'efficacité ou de la balance bénéfice/risque selon la pathologie concernée.

Les raisons le plus souvent invoquées par les professionnels de la santé en faveur de leur vaccination étaient la protection des patients, d'eux-mêmes, de leur famille et d'éviter l'absentéisme. L'hésitation à se vacciner était liée comme pour les patients à la sécurité des vaccins. Plusieurs études révèlent également un manque de connaissances en matière de vaccins [9].

Comment communiquer ?

Avant de recommander une vaccination chez un patient hésitant, il est nécessaire d'écouter et de recueillir ses raisons. Délivrer des messages standardisés de sensibilisation et de promotion de la vaccination peut même être contre-productif pour les personnes hésitantes. Donner un trop grand nombre d'informations peut causer un renforcement de l'hésitation, phénomène connu sous le terme de réactance.

Les techniques de communication et les concepts de cognition ont montré que l'approche centrée sur le patient qui passe par le recueil des représentations est un prérequis pour mettre en place une stratégie de baisse de l'hésitation vaccinale. Il est également nécessaire d'explorer les sources d'information utilisées par les patients et d'inviter ceux-ci à les critiquer. Il est important de valoriser la volonté de s'informer, de ne pas critiquer les sources et d'inviter le patient à donner son avis sur la qualité de ses sources.

La littérature tend à montrer que le modèle de l'entretien motivationnel permettrait de répondre efficacement à l'hésitation vaccinale [10]. Ce type d'entretien correspond à un style de conversation collaboratif entre le soignant et le patient permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Cinq outils relationnels sont principalement utilisés en entretien motivationnel.

Poser des questions ouvertes

« *Que pensez-vous des avantages et des inconvénients des vaccins ?* »

« *Que pensez-vous de la protection apportée par la vaccination, pour votre enfant, pour les autres enfants ?* »

Valoriser

Il s'agit de relever les forces et ressources du patient.

Le patient : « *Je sais que la grippe et mon diabète ce n'est pas bon, mais vous savez les vaccins moi…* »

Le médecin : « *Vous avez parfaitement compris le risque infectieux causé par le diabète et vous souhaitez plus d'information sur la vaccination.* ».

[58] https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017.

Pratiquer l'écoute réflective
Il s'agit de renvoyer en miroir à la personne son propre discours à l'aide de reformulation.
Le patient : « *Mon voisin, il est vacciné contre la bronchite, pourtant il a été hospitalisé pour une infection au poumon.* »
Le médecin : « *Il semblerait que l'histoire de votre voisin vous laisse penser que le vaccin n'est pas efficace.* »

Résumer
Lorsqu'un ensemble de faits ou d'idées a été énoncé par la personne, résumer ses propos permet au praticien de faire valider ce qu'il a compris, mais aussi de mettre en lumière l'ambivalence.

Informer et conseiller dans le respect de l'autonomie
En demandant l'accord de la personne avant de lui fournir des informations :
Le médecin : « *Acceptez-vous que je vous explique pourquoi il est important qu'un patient avec un diabète soit vacciné ?* »

Répondre aux questionnements des parents

Pourquoi vaccine-t-on alors que les maladies ont disparu ?

Un arrêt de la vaccination provoquerait inéluctablement une réémergence pour les maladies à réservoir humain strict disparues comme la variole et peut-être un jour la poliomyélite. Pour exemple, à la fin des années 1980, les États de l'ancienne Union soviétique ont vu leurs approvisionnements en vaccins perturbés. Ceci a généré une forte diminution des taux de couverture vaccinale chez les enfants. Une épidémie de diphtérie est survenue très rapidement avec plus de 150 000 cas et plus de 4 000 décès en quelques années seulement. Un programme de vaccination massive a finalement permis de contrôler l'épidémie. Cet exemple démontre tragiquement qu'il faut rester vigilant à l'égard des maladies devenues inconnues des jeunes générations.

Existe-t-il des effets secondaires liés à la vaccination ?

La plupart du temps, les réactions sont absentes ou bénignes ; des symptômes peuvent être causés par les vaccins. Les plus fréquents sont bénins :

- une réaction locale : douleur, gonflement ou rougeur au site d'injection ;
- fièvre, courbatures, asthénie durant 12 ou 24 heures.

Quelques effets secondaires rares et graves existent :

- abcès stérile au site d'injection ou névrite brachiale dans le cas du vaccin DTCa ;
- crise convulsive hyperthermique chez un nourrisson ;
- menace d'accouchement prématuré ;
- myocardite pour les vaccins à ARN messager contre le SARS-CoV-2 (< 1 pour 10 000 doses administrées) ;
- syndrome de Guillain-Barré (1 à 2 cas supplémentaires pour 100 000 doses administrées).

Évoquer ces effets secondaires graves et rarissimes permet de témoigner au patient la prise en compte du risque dans notre décision. Ainsi, il est alors possible d'expliquer la notion de balance bénéfice-risque qui se trouve être largement en faveur du vaccin. Des outils tels que le *factbox* existent pour certains vaccins : ils illustrent la rareté du risque vaccinal par rapport au bénéfice.

Le taux des maladies diminuait avant qu'on commence à vacciner, pourquoi continuer ?

Les faits montrent qu'avant les vaccins, il n'y avait pas de changement notable de l'incidence des maladies évitables par la vaccination. C'est le taux de mortalité causée qui changeait grâce aux améliorations des conditions de vie et de prise en charge des maladies. Ainsi, avant le déploiement de la vaccination, la circulation des maladies était stable, seul leur impact en termes de morbimortalité diminuait.

En Angleterre, des scientifiques ont montré que le ROR était responsable de l'autisme, qu'en pensez-vous ?

En 1998, *The Lancet* a publié une étude dirigée par le docteur Andrew Wakefield, qui semblait lier le vaccin à l'autisme. Suite à cette publication, le taux de vaccination contre le ROR a chuté en Grande-Bretagne entraînant une augmentation des cas de rougeole. Quelque temps plus tard, dix des treize auteurs originaux de l'étude ont publié une rétractation de leur interprétation dans *The Lancet*. En 2010, le conseil médical général du Royaume-Uni (un organisme de réglementation) décréta que Andrew Wakefield avait agi « *de manière malhonnête et irresponsable* » en faisant cette recherche. L'article fut retiré et Wakefield fut radié du registre médical du Royaume-Uni. Ce dernier présentait en effet des conflits d'intérêts : il avait été payé pour conseiller des avocats qui représentaient des parents convaincus que leur enfant avait subi des effets dommageables du vaccin ROR.

En 2019, une nouvelle étude menée au Danemark auprès de 650 000 enfants suivis pendant plus de 10 ans a confirmé que le vaccin n'augmente pas le risque d'autisme [11].

L'aluminium est-il dangereux pour ma santé ?

Pour la majorité des vaccins inactivés, la présence d'adjuvants est indispensable pour permettre une réponse immunitaire entraînant une protection. Les sels d'aluminium figurent parmi les adjuvants les plus utilisés dans le monde avec un recul d'utilisation de 90 ans et des centaines de millions de doses injectées. Des interrogations sur le caractère inoffensif de l'aluminium des vaccins ont été maintes fois soulevées durant ces quinze dernières années ; et compte tenu des données disponibles à ce jour à l'échelle internationale, l'innocuité des sels d'aluminium contenus dans les vaccins ne peut être remise en cause [12].

Des études, issues essentiellement d'une seule équipe dans le monde, ont investigué le lien entre la lésion au site d'injection contenant de l'aluminium dénommée « myofasciite à macrophages » et l'existence de symptômes du type

fatigue, douleurs musculaires ou articulaires ou de troubles cognitifs. L'analyse des résultats de ces études n'a pas permis de démontrer l'existence d'un lien. Aucune autre équipe, indépendante de l'équipe française, n'a publié de résultats expérimentaux qui viendraient conforter les conclusions de l'équipe française ces vingt dernières années. L'OMS a considéré à plusieurs reprises les résultats de ces recherches et a systématiquement conclu à l'absence de données permettant de conclure à l'association entre l'administration de vaccins contenant des adjuvants aluminiques et la survenue d'une maladie.

L'allaitement maternel protège suffisamment notre bébé, pourquoi le vacciner ?

Le lait maternel est l'alimentation idéale pour les nourrissons. Au-delà des facteurs psychosociaux, il fournit d'importants éléments nutritionnels et immunitaires et contient des anticorps qui contribuent à prévenir certaines infections [13].

Cependant le lait maternel ne peut pas protéger contre les infections pour lesquelles la mère n'est pas immunisée. De plus, la protection diminue rapidement à l'arrêt de l'allaitement et l'effet protecteur n'est plus retrouvé en cas d'allaitement non exclusif. Cette protection est donc incomplète et ne prémunit pas le bébé contre toutes les infections évitables par la vaccination.

L'allaitement ne peut pas remplacer la vaccination et n'améliore pas les réponses aux vaccins. Enfin, le taux de protection qu'offre le lait maternel est faible et peut être aisément dépassé par l'exposition à une grande quantité de la bactérie ou du virus lors d'une primo-infection [13].

Laisser faire son système immunitaire c'est plus naturel, qu'en pensez-vous ?

Certains patients s'inquiètent parce que les vaccins ne sont pas « naturels ». Les bactéries et les virus responsables des maladies évitables par la vaccination sont « naturels », et il arrive que l'infection naturelle tue ou provoque de graves lésions avant que la réponse immunitaire n'agisse. L'immunité que procurent la plupart des vaccins est tout aussi efficace que celle produite par la maladie, sans comporter les risques associés à la maladie. Le nombre d'anticorps produits après l'infection peut être différent du nombre d'anticorps produits après le vaccin, ce sont les mêmes types d'anticorps et de cellules immunitaires.

Vacciner notre bébé à 2 mois c'est trop tôt, ne vaut-il pas mieux pas attendre ?

Les parents se questionnent sur le moment de l'administration des vaccins afin que leurs enfants courent moins d'effets secondaires. Le report de l'administration des vaccins laisse les très jeunes enfants vulnérables aux complications et aux décès causés par des maladies courantes (par exemple, la coqueluche, le Hib et les pneumococcémies sont plus graves chez les bébés). Rien n'indique que les nourrissons et les bébés ont plus d'effets secondaires que les enfants plus âgés. Les nourrissons sont vaccinés dès 2 mois, soit le plus tôt possible pour être protégés contre la coqueluche et le Hib, car les complications et les décès découlant de ces maladies se manifestent surtout chez les nourrissons de moins de 6 mois.

Onze vaccins c'est énorme, ça ne va pas surcharger son système immunitaire ?

Les bébés sont naturellement exposés à des milliers d'antigènes chaque jour. Il est important de préciser qu'une étude coréenne a mesuré qu'à chaque minute qui passe, entre 17 000 et 400 000 virus et bactéries pénètrent dans nos poumons [14]. Les bactéries et les virus exposent les nourrissons à un grand nombre d'antigènes à la fois. Les vaccins représentent une part infime des découvertes d'antigènes que réalise un bébé durant ses premiers mois de vie. L'administration de vaccins multiples et combinés, réduit le nombre d'injections que doit recevoir l'enfant. Rien n'indique que le fait d'administrer séparément des composants des vaccins est plus efficace ou entraîne moins d'effets secondaires que de les administrer en combinaison.

Pourriez-vous me prescrire le vaccin homéopathique ?

Il n'existe aucun vaccin homéopathique. À part l'infection, seul le véritable vaccin peut stimuler la formation dans l'organisme d'anticorps spécifiques contre un virus ou une bactérie. Dans le domaine de l'homéopathie, il existe des produits vendus pour diminuer la sensibilité aux infections. Aucune de ces vertus ne bénéficie de preuves scientifiques [15]. Plus gênant est l'existence de dilutions homéopathiques de vaccins qui peuvent apparaître comme une substitution à la vaccination [16]. Dans cette situation, il existe un réel danger pour le patient de se voir substituer un traitement efficace par un traitement dont l'inefficacité a été démontrée. Les herbes médicinales, les vitamines, l'acupuncture ou la chiropraxie n'ont pas prouvé leur efficacité et ne remplacent pas les vaccins.

Conclusion

Dans le Baromètre santé de mai 2021[59], 80 % des personnes interrogées déclaraient être favorables à la vaccination en général, résultat significativement plus élevé que ceux obtenus les années précédentes (73,9 % en 2019 notamment). Les avis « très favorables » sont partagés par plus d'un tiers des répondants, ce qui n'avait jamais été observé depuis le début des années 2000. Même si le discours sur la vaccination semble s'être polarisé durant la crise du coronavirus, les citoyens français sont favorables à la vaccination dans l'immense majorité des cas. Pour une grande partie des vaccins, les couvertures sont excellentes en comparaison avec d'autre pays. Ces chiffres nous invitent à considérer l'hésitation vaccinale non pas comme une défiance mais comme

[59] https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/barometre-de-sante-publique-france-2021-lancement-de-l-enquete.

l'expression d'une difficulté à s'approprier la balance bénéfice-risque des vaccins. Certains vaccins pour lesquels l'hésitation est plus forte (HPV, grippe, pneumocoque, rappel du COVID-19) ont besoin d'une mobilisation des médecins traitants pour accompagner les patients vers les décisions les plus bénéfiques pour leur santé selon les données de la science, tout en respectant leur autonomie.

Références

[1] Santé publique France. Déterminants de santé. Vaccinations. Dossier thématique. [En ligne]. Saint-Maurice: SPF ; 2021. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr/.

[2] Falcaro M, Castañon A, Ndlela B, et al. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. The Lancet 2021;398(10316):2084–92.

[3] Botton J, Dray-Spira R, Baricault B, et al. Reduced risk of severe COVID-19 in more than 1.4 million elderly people aged 75 years and older vaccinated with mRNA-based vaccines. Vaccine 2021. S0264410X21016170.

[4] Cohn BA, Cirillo PM, Murphy CC, Krigbaum NY, Wallace AW. SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021. Science 2021. eabm0620.

[5] Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine 2016;12:295–301.

[6] Ward JK, Peretti-Watel P, Larson HJ, Raude J, Verger P. Vaccine-criticism on the internet: new insights based on French-speaking websites. Vaccine 2015;33(8):1063–70.

[7] Bocquier A, Fressard L, Cortaredona S, et al. Social differentiation of vaccine hesitancy among French parents and the mediating role of trust and commitment to health: A nationwide cross-sectional study. Vaccine 2018;36(50):7666–73.

[8] Collange F, Fressard L, Verger P, et al. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. DRESS Études & Résultats 2015;910.

[9] Verger P, Fressard L, Collange F, et al. Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France. EBioMedicine 2015;2(8):891–7.

[10] Gagneur A, Lemaître T, Gosselin V, et al. A postpartum vaccination promotion intervention using motivational interviewing techniques improves short-term vaccine coverage: PromoVac study. BMC Public Health 2018;18(1):811.

[11] Hviid A, Hansen JV, Frisch M, Melbye M. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism. Ann Intern Med 2019;170(8):513–20.

[12] Willhite CC, Karyakina NA, Yokel RA, et al. Systematic review of potential health risks posed by pharmaceutical, occupational and consumer exposures to metallic and nanoscale aluminum, aluminum oxides, aluminum hydroxide and its soluble salts. Crit Rev Toxicol 2014;44(Suppl 4):1–80.

[13] Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Adv Exp Med Biol 2004;554:63–77.

[14] Tae Woong W, Min-Soo K, Seong Woon R, Na-Ri S, Hae-Won L, Jin-Woo B. Metagenomic characterization of airborne viral DNA diversity in the near-surface atmosphere. J Virol 2012;86(15):8221–31.

[15] Ernst E. A systematic review of systematic reviews of homeopathy. Br J Clin Pharmacol 2002;54(6):577–82.

[16] Marinone C, Bastard M, Bonnet P-A, Gentile G, Casanova L. Efficacité d'un traitement préventif par Influenzinum en période hivernale contre la survenue d'un syndrome grippal. Thérapie févr 2017.

Certificat de non-contre-indication à la pratique sportive

Patrick Imbert

PLAN DU CHAPITRE

Contexte 481
Définitions 482
Examen médical d'aptitude au sport 482
Rédaction du certificat médical 483
Annexe 1. 486
Annexe 2. 487
Annexe 3. 488

Contexte

Moins de 3 % des consultations de médecine générale réalisées en France en 2014 avaient un motif administratif, dont les certificats [1]. Ceux de non-contre-indication à la pratique d'un sport en font partie, mais leur caractère saisonnier, à la fin de l'été et en automne lors de l'inscription en club de sport, les rend très prévalents à cette période dans l'activité d'un médecin généraliste.

En 2018, 68 % des Français de plus de 15 ans ont pratiqué un sport au moins une fois dans l'année [2]. Les fédérations ont délivré 16,2 millions de licences témoignant des différents niveaux : non licenciés et non compétiteurs, sportifs réguliers/compétiteurs, sportifs de haut niveau, et de tous les âges : des enfants, des sportifs « manger-bouger » et des sujets âgés avec des comorbidités.

Le premier contrôle médical des activités physiques et sportives apparaît avec l'ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 parue au *Journal officiel*, qui pour la première fois évoque la « *protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignements et d'éducation de tous ordres* ».

Au fil des années, il devient certificat d'aptitude (1946), puis le contrôle médical devient obligatoire (1953) pour les groupements, associations, unions, fédérations. En 1965, le certificat médical d'aptitude aux sports devient obligatoire pour tous les sportifs en vue de l'obtention de la licence fédérale pour la pratique en compétition des sports. La loi Mazeaud, en 1975, rend le certificat médical d'aptitude obligatoire avant la pratique sportive.

La loi du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives introduit dans la formation initiale des médecins la pratique des examens médico-sportifs. Pour la première fois, la notion de non-contre-indication fait son apparition : « *La participation aux compétitions organisée par chacune des fédérations est subordonnée à la présentation d'une licence portant attestation de la délivrance d'un certificat de non-contre-indication à la pratique de la discipline concernée, ou pour les non-licenciés, à la présentation de ce seul certificat médical pour les épreuves qui leur sont ouvertes.* »

La loi du 23 mars 1999 relative à la surveillance médicale des sportifs, introduit le concept de certificat de non-contre-indication, puisqu'on parle désormais de certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives. Il incombe donc au médecin examinateur de rechercher une éventuelle contre-indication à une pratique sportive particulière.

Le décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport [3] fait évoluer de façon marquée la délivrance des certificats. La présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication est exigée tous les trois ans pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive ou la participation à des compétitions sportives. Dans l'intervalle de ces 3 ans, le sportif doit remplir pour sa nouvelle licence un questionnaire de santé (QS Sport) (cf. Annexe 2) et attester que toutes les réponses sont négatives. Dans le cas contraire, il doit fournir un nouveau certificat. Celui-ci mentionne l'absence de contre-indication à la pratique sportive citée : « *Le certificat médical qui permet d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport mentionne s'il y a lieu, la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée.* »

Le décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 [4] indique qu'il n'est désormais plus nécessaire, pour les mineurs, de

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

produire un certificat médical pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence dans une fédération sportive ou pour l'inscription à une compétition sportive organisée par une fédération. La production d'un tel certificat demeure toutefois lorsque les réponses au questionnaire de santé du mineur (cf. Annexe 3) conduisent à un examen médical, et également pour les disciplines à contraintes particulières[60].

Au-delà de faciliter l'accès à la pratique sportive, cette mesure simplifie la vie des familles qui n'ont plus à produire de certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive avant de prendre ou renouveler une licence. Elle simplifie également la gestion administrative des clubs sportifs souvent assurée par des bénévoles tout en libérant du temps médical.

Sans négliger le suivi médical nécessaire des mineurs, l'Assurance Maladie ayant renforcé le nombre de consultations prises en charge jusqu'à 18 ans, cette mesure doit permettre d'encourager une reprise massive du sport pour tous les Français, tout particulièrement les jeunes, révélée indispensable par la crise sanitaire du COVID-19.

Le rôle du médecin est de répondre à la demande légale et de détecter les sujets présentant un risque pour leur santé, et aussi d'essayer de prévenir les effets néfastes potentiels du sport. En France, 820 décès par mort subite ont été dénombrés entre 2005 et 2010, presque exclusivement masculins et essentiellement lors d'activités de loisirs, 90 % avec une étiologie cardiovasculaire probable. L'origine coronarienne est de loin la plus fréquente et survient très majoritairement après 40 ans.

Cette consultation permet aussi chez des patients ne présentant généralement que peu de problèmes de santé de faire un travail de prévention et de dépistage plus global.

Définitions

Sport : c'est une activité qui requiert un effort physique ou mental, se pratiquant généralement sous forme de jeux individuels ou collectifs suivant des règles déterminées pouvant donner lieu à des compétitions. Selon l'OMS, le sport est un « *sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé* ».

Activité physique : elle regroupe à la fois l'exercice physique de la vie quotidienne (transport, travail, ménage), l'activité physique de loisirs et la pratique sportive. L'activité physique adaptée est détaillée au chapitre 52.

Examen médical d'aptitude au sport

Données de l'entretien de consultation

Comme dans toute consultation, le médecin recueille les antécédents et les attentes du patient. Les différents facteurs de risque cardiovasculaire (tabac, HTA, diabète, dyslipidémies) et les antécédents de maladies cardiovasculaires sont recherchés. Les antécédents familiaux de maladies susceptibles d'être aggravées par la pratique sportive voire la contre-indiquant : morts subites, décès prématuré avant l'âge de 50 ans, certaines cardiopathies (myocardiopathie chronique obstructive, maladie de Marfan, troubles du rythme cardiaque, syncope, etc.) sont particulièrement recherchées. L'entretien recherche aussi la présence de symptômes anormaux liés à l'effort (pendant ou après) comme des gênes ou douleurs thoraciques, des palpitations ou un essoufflement inhabituel, des malaises voire des syncopes inexpliquées. Les antécédents de pathologies traumatiques ou non, touchant l'appareil locomoteur particulièrement sollicité dans la discipline sportive concernée, ou de pathologies d'organes susceptibles d'être sollicités sont recherchés. Au besoin, le pratiquant sportif imite les gestes techniques et les contraintes particulières à sa discipline.

Pratique sportive

Elle est évaluée selon :

- le temps quotidien et hebdomadaire (entraînements, compétitions) ;
- le type de pratique et sa régularité ;
- l'intensité de l'effort et le niveau de compétition ;
- les difficultés perçues ou ressenties dans cette pratique ;
- les attentes et les objectifs du patient.

Examen clinique

Il est orienté par la discipline sportive pratiquée en fonction des organes sollicités (par exemple, examen ORL pour la natation, la plongée sous-marine, le sport de haute montagne, le tir ; examen ophtalmologique pour les sports mécaniques, la boxe).

Il comprend un examen biométrique à la recherche de surpoids ou d'obésité, chez l'enfant, le suivi de la croissance.

L'appareil cardiovasculaire est très souvent sollicité dans la plupart des disciplines sportives. L'examen cherche à dépister les maladies contre-indiquant cette pratique avec l'objectif d'éviter une mort subite et d'adapter la pratique sportive à une pathologie existante.

L'appareil locomoteur est souvent fortement sollicité par la répétition des gestes sportifs. Chez l'enfant et l'adolescent, l'examen rachidien et des membres, notamment inférieurs, permet le dépistage d'anomalie architecturale pouvant s'aggraver avec la pratique sportive et nécessiter une prise en charge spécifique (scoliose, genu valgum, inégalité significative des membres inférieurs…). La recherche de douleur des épiphyses et leur palpation permettent de dépister des ostéochondroses (maladie d'Osgood-Schlatter pour le genou ou maladie de Sever pour le talon, etc.) ou de traumatismes anciens (laxité résiduelle d'un genou, point méniscal douloureux, instabilité de la cheville, etc.) susceptibles d'obliger à l'arrêt de la pratique sportive. La recherche d'une laxité articulaire et ligamentaire excessive peut aussi s'apparenter aux très rares syndromes de type Marfan.

La croissance terminée, les plaintes des patients et les antécédents traumatiques peuvent nécessiter des précautions dans la pratique sportive (exemple de la rupture du ligament croisé antérieur contre-indiquant les sports à pivot). L'examen des pieds fréquemment sollicités dans les

[60] Alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie, disciplines sportives pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K.-O., disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé, disciplines sportives pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur, à l'exception du modélisme automobile radioguidé, disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition, à l'exception de l'aéromodélisme, parachutisme, rugby à XV, rugby à XIII et rugby à VII.

sports nécessitant de courir et de sauter dépiste une souffrance ou une anomalie architecturale (pieds plats, pieds creux, talus varus, etc.) susceptibles de générer des pathologies. La discipline sportive pratiquée oriente l'examen vers les articulations sollicitées.

Examens complémentaires

ECG de repos

Sa pratique systématique n'est pas consensuelle. La Société française de cardiologie le recommande tous les 3 ans pour la visite de non-contre-indication aux sports de compétition de 12 à 20 ans puis tous les 5 ans jusqu'à 35 ans. Un entraînement de plus de 6 heures par semaine peut donner par ailleurs des aspects atypiques du tracé électrique [5–7]. L'étude italienne à l'origine de cette recommandation est critiquée, une étude américaine n'a pas tiré les mêmes conclusions et il existe de nombreux faux positifs entraînant d'autres examens complémentaires onéreux, inutiles et anxiogènes [8].

Un ECG de repos est exigé par certaines fédérations (coureur automobile de plus de 40 ans, basketteur de plus de 35 ans, plongée) pour rechercher des troubles de la conduction ou de la repolarisation, un syndrome de Wolff-Parkinson-White, qui justifient un avis spécialisé.

Des outils en ligne d'aide à l'interprétation existent[61].

Épreuves d'effort

Tout symptôme inhabituel à l'effort, une hypertension artérielle à l'effort, la notion de deux facteurs de risque coronarien après 40 ans ainsi que les patients désirant, après un arrêt prolongé, reprendre une activité physique intense sont des indications à une épreuve d'effort.

Cas particulier de l'IRM cervicale dans le rugby à XV et à VII

Cet examen est demandé à partir de 40 ans pour les joueurs de première ligne et à partir de 45 ans pour tous les joueurs (et même avant 40 ans en cas d'antécédent de pathologie cervicale).

Autres

Les autres examens sont adaptés à la discipline sportive et d'éventuelles pathologies susceptibles de contre-indiquer l'activité sportive (par exemple, asthme et explorations fonctionnelles respiratoires).

Rédaction du certificat médical

Il obéit à des règles simples et importantes sur le plan médico-légal : il ne concerne que le ou les sports désignés (éviter la formule « apte à toute activité sportive » souvent proposée par les associations), et se limite aux observations faites le jour de l'examen (« ne présente pas ce jour de contre-indication apparente à la pratique du… »), quitte à modifier ou refuser le modèle de certificat éventuellement fourni par le requérant. Le certificat précise les sports pour lesquels il n'y a pas de contre-indication médicale apparente à la date de la consultation. Une réévaluation clinique et un nouveau certificat sont nécessaires si ce sportif souhaite le même certificat pour une nouvelle compétition quelques mois plus tard — il n'existe aucun consensus sur ce laps de temps. En cas de contre-indication, elle est clairement signifiée au patient et notée sur son dossier. Aucune information d'ordre médical n'est à préciser sur le certificat.

Certaines fédérations de sports à risque (plongée, sport automobile, parachutisme) demandent le recours à un médecin du sport ou à un médecin fédéral. Pour la plongée, le certificat peut être fait par un médecin généraliste exclusivement pour la première licence et le niveau 1 ; pour les niveaux supérieurs, il est établi par un médecin fédéral ou par un médecin diplômé de médecine du sport.

Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication.

Conséquences

La délivrance, en dehors des cas particuliers, concerne tout médecin, quelle que soit sa spécialité. Il engage sa responsabilité et est par conséquent susceptible de poursuites tant pénales que disciplinaires et de condamnation en cas de faute. Les données de l'examen et de l'entretien (mise en garde, conseils, etc.) sont notées dans le dossier médical. Le médecin généraliste utilise souvent ce moment de consultation d'un patient non malade pour exercer une action de prévention individuelle adaptée à l'âge (statut vaccinal), de participation aux campagnes de dépistages et d'éducation en santé (diététique). Il coordonne les soins pour les disciplines à contraintes particulières et pour les sportifs de haut niveau et espoirs.

L'hygiène de vie fait l'objet d'une attention particulière. Il semble intéressant d'aborder la notion de dopage et d'addictions pour certaines populations de sportifs. L'alimentation quotidienne et celle entourant les compétitions sont abordées, permettant ainsi des conseils adaptés. Le sommeil, la récupération, l'intégration des pratiques sportives dans la vie quotidienne fait l'objet de discussion et d'informations visant à diminuer les conduites néfastes à la santé.

Cette consultation est l'occasion de replacer le sport dans la prise en charge globale du patient. En fonction des antécédents personnels et familiaux, de l'état actuel, des aspirations et représentations, ou des risques d'addiction (alcool, tabac, cannabis) du patient, le moment est souvent propice pour négocier une stratégie, à moyen ou long terme, concernant sa santé, le conseiller et repérer d'éventuels effets indésirables du sport choisi.

Sportifs de haut niveau et espoirs

La loi (Code du sport) exige pour eux, un bilan préalable, avec :

- deux fois par an : un examen médical réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport comprenant un entretien, un examen physique, des mesures anthropométriques, un bilan diététique, des conseils nutritionnels, aidés si besoin par des avis spécialisés coordonnés par le médecin selon les règles de la profession, et une recherche par bandelette urinaire de protéinurie, glycosurie, hématurie, nitrites ;

[61] Par exemple : https://ecgclic.fr/certificat-sport/.

- une fois par an : un examen dentaire certifié par un spécialiste, un examen électrocardiographique standardisé de repos avec compte rendu médical, un examen biologique pour les sportifs de plus de 15 ans, avec autorisation parentale pour les mineurs (numération-formule sanguine, réticulocytes, ferritine) ;
- deux fois par an chez les sportifs mineurs et une fois par an chez les sportifs majeurs, un bilan psychologique est réalisé, lors d'un entretien spécifique, par un médecin ou par un psychologue sous responsabilité médicale. Ce bilan psychologique vise à détecter des difficultés psychopathologiques et des facteurs personnels et familiaux de vulnérabilité ou de protection, prévenir des difficultés liées à l'activité sportive intensive ;
- une fois tous les quatre ans, une épreuve d'effort maximale ;
- une IRM du rachis cervical, dans le but de dépister un canal cervical étroit, pour les disciplines suivantes : football américain, plongeon de haut vol, rugby à XV (uniquement pour les postes de première ligne à partir de 16 ans), rugby à XIII (uniquement pour les postes de première ligne). Une imagerie du rachis lombaire peut être nécessaire dans les sports à risque afin de dépister des pathologies du rachis lombaire, notamment une lyse isthmique avec ou sans spondylolisthésis. Un travail d'éducation des sportifs est à prévoir lors de l'examen médical quant au risque de développer des pathologies ou de les aggraver.

Pratique intensive chez l'adulte

L'examen nécessaire à la délivrance du certificat médical de non-contre-indication permet de dépister les pathologies susceptibles de toucher les pratiquants, et les différentes consultations, soit programmées soit générées par les soucis de santé de ces patients, sont aussi susceptibles de dépistage et de prévention.

Les sur-sollicitations peuvent entraîner beaucoup plus fréquemment que la pratique modérée :

- des pathologies de l'appareil locomoteur, osseuses (fracture traumatique ou de fatigue), articulaires favorisant à terme le développement d'arthrose par surcharge d'utilisation, musculaires et tendineuses d'autant plus que les recommandations en matière d'hygiène de vie (repos, nutrition, progressivité de l'entraînement…) ne sont pas respectées ;
- des souffrances myocardiques notamment dans les sports d'endurance (course à pied, vélo, triathlon, etc.). Elles sont susceptibles de survenir notamment lors de compétition et chez des patients âgés de plus de 40 ans avec des facteurs de risque cardiovasculaire. S'il n'y a pas de consensus sur la pratique d'ECG de repos voire d'épreuve d'effort systématique, notamment chez les patients sans facteur de risque, il semble logique d'être vigilant au moindre symptôme inhabituel à l'effort et en cas de facteur de risque.

Les organes sollicités par le sport pratiqué font l'objet d'une attention particulière.

Si la fatigue ou la défaillance passagère sont physiologiques, leur persistance fait évoquer un syndrome de surentraînement. Irritabilité, baisse progressive des performances, troubles du sommeil, de l'appétit ainsi que de nombreux symptômes non spécifiques sont fréquemment présents. L'excès ou une mauvaise répartition des charges de travail dans un programme d'entraînement ainsi qu'une récupération insuffisante ou des erreurs alimentaires sont à rechercher. Le repos complet, total et prolongé avec arrêt provisoire de toute compétition est le seul traitement efficace. Parfois, notamment chez le jeune adulte, ces symptômes sont aussi susceptibles d'être provoqués par un syndrome de burn-out. Il peut exister une dissociation entre la satisfaction donnée par la pratique intensive et le désir réel d'arrêt définitif de cette pratique sportive provoquant le syndrome d'épuisement.

Pratique intensive chez l'enfant et l'adolescent

La pratique intensive est confrontée à l'immaturité tant physique que psychique. Les cartilages de conjugaisons soumis à un surmenage sont susceptibles d'entraîner des pathologies apophysaires. Leur dépistage par l'examen des insertions musculaires sollicitées par le geste sportif permet leur prise en charge avant complication. L'arrêt nécessaire est souvent très mal vécu. Les fractures de fatigue ne sont pas moins exceptionnelles, d'autant que si la pratique sportive modérée augmente la masse osseuse, la pratique intensive peut la diminuer [8]. Par ailleurs, notamment chez la jeune fille, pour des raisons esthétiques et sous la pression des entraîneurs, on peut dépister des troubles du comportement alimentaire avec éventuellement un retard pubertaire. La surveillance de la croissance doit aussi permettre d'anticiper sur la taille définitive et d'informer le mineur et ses parents qui seront confrontés tôt ou tard aux exigences propres au sport pratiqué. Le stress nerveux, le vécu de l'échec ou de la contre-performance dans un environnement familial pas toujours aidant (voire loin de l'environnement affectif habituel dans les internats sportifs de formation) peuvent conduire à des troubles psychiques [10].

Le médecin doit reconnaître les signes de surentraînement ou de surmenage, qui se rencontrent aussi chez des enfants pratiquant plusieurs activités à la fois de manière excessive :

- une fatigue persistante, en particulier matinale ;
- une récupération laborieuse après les efforts ;
- des courbatures prolongées ;
- des troubles du sommeil et du caractère, voire de l'humeur ;
- une anorexie ;
- une baisse des résultats scolaires ;
- une baisse des performances sportives et de la participation aux entraînements ;
- une fréquence cardiaque de repos accélérée ;
- des blessures et contractures répétées.

Il faut alors négocier avec le jeune sportif (et ses parents !) un aménagement de son activité, privilégier la récupération, le jeu et l'équilibre affectif, rechercher l'usage d'éventuelles « drogues », médicaments ou dopants. Le recours aux médicaments superflus, dont la banalisation peut faire le lit d'un dopage ultérieur, est à éviter.

Quel que soit l'âge, le sport doit rester un jeu. Le libre choix du sport est la règle et il faut parfois aider les parents à accepter que le meilleur choix pour l'enfant soit le sport qu'il pratique avec plaisir ! Le choix du sport et l'intensité de la pratique sont à moduler en fonction du psychisme, de la constitution physique, de l'âge physiologique, de la maturation pubertaire et du sport envisagé, et le médecin doit en tenir compte pour un éventuel surclassement.

Références

[1] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014;114:148–57.

[2] INJEP. Les chiffres clés du sport 2020. [En ligne]. Paris: Institut National pour la Jeunesse et de l'Éducation Populaire; 2020. Disponible sur : https://injep.fr/.

[3] Journal Officiel de la République Française. Décret nº 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport. [En ligne]. Paris: Légifrance; 2016.

[4] Journal Officiel de la République Française. Décret nº 2021-564 du 7 mai 2021 relatif aux modalités d'obtention et de renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ainsi qu'aux modalités d'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, pour les mineurs hors disciplines à contraintes particulières. [En ligne]. Paris: Légifrance; 2021.

[5] Perez M, Fonda H, Le VV, et al. Adding an electrocardiogram to the pre-participation examination in competitive athletes: a systematic review. Curr Probl Cardiol 2009;34:586–662.

[6] Maron BJ, Haas TS, Doerer JJ, Thompson PD, Hodges JS. Comparison of US and Italian experiences with sudden cardiac deaths in young competitive athletes and implications for preparticipation screeningstrategies. Am J Cardiol 2009;104:276–80.

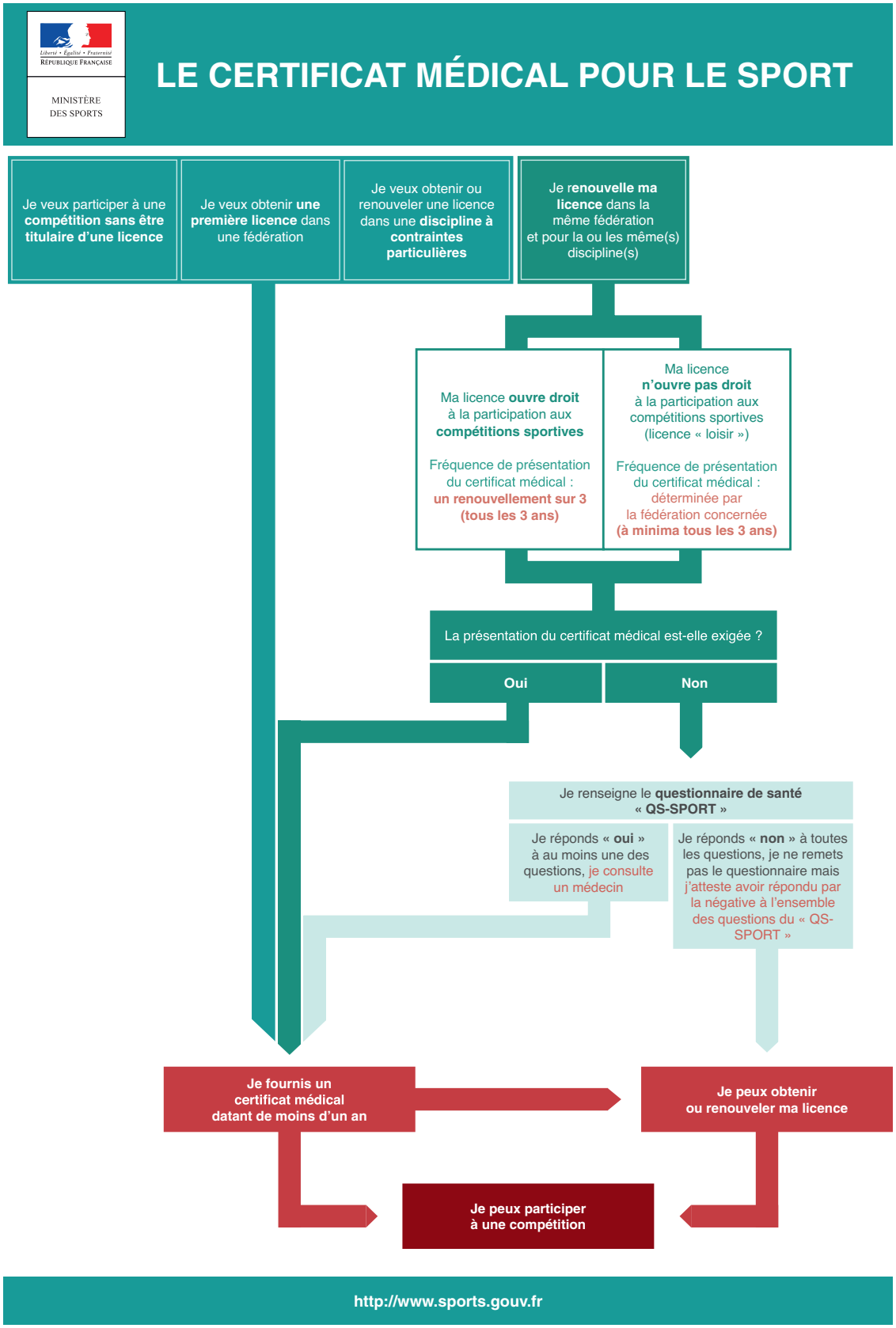
[7] CNGE. Communiqué de presse du conseil scientifique : Faut-il faire un ECG de repos lors de la visite de non-contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans ? [En ligne]. Paris: Collège national des généralistes enseignants; 2014.

[8] Quibel T, Valy G, Schuers M. Dépistage du risque de mort subite chez le sportif : quelle place pour l'ECG ? exercer 2015;119:77–82.

[9] Kelley GA, Kelley KS. Tran ZV. Resistance training and bone mineral density in women: a meta-analysis of controlled trials Am J Phys Med Rehabil 2001;80:65–77.

[10] Grélot L. Activités physiques et sportives de l'enfant et de l'adolescent : des croyances aux recommandations sanitaires. EMC - Pédiatrie 2014;9:3.

Annexe 1


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SPORTS
LE CERTIFICAT MÉDICAL POUR LE SPORT
Je veux participer à une compétition sans être titulaire d'une licence
Je veux obtenir une première licence dans une fédération
Je veux obtenir ou renouveler une licence dans une discipline à contraintes particulières
Je renouvelle ma licence dans la même fédération et pour la ou les même(s) discipline(s)
Ma licence ouvre droit à la participation aux compétitions sportives
Fréquence de présentation du certificat médical : un renouvellement sur 3 (tous les 3 ans)
Ma licence n'ouvre pas droit à la participation aux compétitions sportives (licence « loisir »)
Fréquence de présentation du certificat médical : déterminée par la fédération concernée (à minima tous les 3 ans)
La présentation du certificat médical est-elle exigée ?
Oui
Non
Je renseigne le questionnaire de santé « QS-SPORT »
Je réponds « oui » à au moins une des questions, je consulte un médecin
Je réponds « non » à toutes les questions, je ne remets pas le questionnaire mais j'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du « QS-SPORT »
Je fournis un certificat médical datant de moins d'un an
Je peux obtenir ou renouveler ma licence
Je peux participer à une compétition
http://www.sports.gouv.fr

Annexe 2

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc…) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Annexe 3

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :
Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire.
Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous.
En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐	Ton âge : ☐☐ ans	
Depuis l'année dernière	**OUI**	**NON**
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré (e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-ileu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? **(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)**	☐	☐

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Chapitre 51

Le patient voyageur

Anne Waldner-Combernoux

PLAN DU CHAPITRE

Consultation de prévention avant le départ . . 491
Consultation au retour de voyage 493
Conclusion. 494

En 2019, selon le ministère de la Transition écologique, les résidents de France métropolitaine ont effectué 53 millions de voyages à l'étranger, dont 9,8 millions en dehors de l'Europe et des États-Unis d'Amérique. La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur les voyages en 2020 et 2021 et il est difficile de se projeter dans les années futures.

Les problèmes de santé peuvent être fréquents et dépendent du type de voyage, de la destination et des conditions de séjour. La diarrhée est le plus fréquent des problèmes de santé en voyage, viennent ensuite les infections des voies aériennes supérieures, les dermatoses et la fièvre. Les études les plus récentes montrent l'émergence de pathologies non infectieuses : mal d'altitude, mal des transports, traumatismes et blessures, d'origine accidentelle et aussi intentionnelle. Le risque de décès par mois de voyage a été estimé à 1 pour 100 000 (1 pour 10 000 pour les personnes impliquées dans des opérations humanitaires). Dans la moitié des cas environ, les causes de mortalité en voyage sont cardiovasculaires. Les autres causes de décès, plus en rapport avec le voyage, se partagent entre accidents de la voie publique, noyades, homicides et suicides. Les infections ne rendent compte que de 1 à 3 % des décès. Les causes de rapatriement sanitaire sont proches de celles de la mortalité en voyage : traumatiques (accidents, loisirs, agressions), vasculaires (cardiaques et neurologiques) et psychiatriques [1].

La place du médecin traitant est importante avant le départ, et au retour en cas notamment de diarrhée ou de fièvre [2].

La première partie traite de la consultation de prévention avant le départ en voyage, la seconde de la consultation de prise en charge d'un problème de santé au retour d'un voyage, en particulier une personne présentant de la fièvre ou une diarrhée.

Consultation de prévention avant le départ

Le but de cette consultation est d'évaluer avec le patient les risques du voyage, de rappeler les mesures de prévention (hygiène, protection antivectorielle) et de mettre en place les mesures spécifiques (vaccins, prophylaxie antipalustre).

L'évaluation des risques dépend de la destination, du mode de voyage, de sa durée et du voyageur. Le budget nécessaire est rappelé — vaccins, chimioprophylaxie antipalustre et trousse sont à la charge du voyageur. En cas de pathologie chronique, cette trousse associe leur traitement en quantité suffisante, le matériel d'injection si nécessaire, avec un certificat médical. Il est souhaitable que le voyageur en dispose de la totalité nécessaire pour le séjour, voire plus dans l'éventualité d'un retard ou d'une perte. Pour des séjours de longue durée (3 à 6 mois), la délivrance pour la durée totale est possible, si mentionné sur l'ordonnance par le prescripteur « en une fois ». Il est préférable que les médicaments voyagent dans le bagage à main en cabine du fait du risque d'égarement ou de retard des bagages. Les ordonnances sont rédigées en dénomination commune internationale (DCI) pour les contrôles et un éventuel achat sur place, de préférence en anglais. Les traitements qui requièrent des seringues, aiguilles ou stylos injecteurs sont acceptés en cabine avec un certificat rédigé en anglais précisant le caractère indispensable des injections. La fréquence des contrefaçons dans beaucoup de pays en développement incite à la plus grande prudence quant à l'utilisation de médicaments achetés sur place.

Conseils d'hygiène alimentaire

Ils sont la base de la prévention des maladies à transmission orofécale (turista, hépatites A et E notamment) [3].

- lavage des mains avant le repas ou la manipulation d'aliments, et après être allé aux toilettes ;
- ne consommer que de l'eau en bouteilles capsulée ou rendue potable (filtration, ébullition, produit désinfectant type Aquatabs® ou Micropur®) ;
- n'utiliser que du lait pasteurisé ou bouilli ;
- bien cuire et consommer chaud viandes et poissons ;
- peler les fruits, éviter les crudités, coquillages, buffets et plats réchauffés.

Protection antivectorielle

Elle permet la prévention des maladies transmises par les moustiques (paludisme, arboviroses, dengue, Zika,

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

chikungunya, encéphalite japonaise) ou d'autres vecteurs comme les tiques (borrélioses, rickettsioses, encéphalites à tiques). Plusieurs moyens sont disponibles, d'efficacité variable [4, 5] :

- moustiquaire imprégnée de pyréthrinoïdes : c'est le moyen le plus efficace contre les piqûres de moustiques ;
- vêtements imprégnés de perméthrine, amples et couvrants, dont l'efficacité disparaît au bout de cinq lavages ;
- répulsifs cutanés : à ce jour seuls les produits contenant du DEET (N,N-diéthyl-m-toluamide) et de l'IR 3535 (N-acétyl-N-butyl-β-alaninate d'éthyle) ont une AMM. Le DEET à la concentration de 30 % est efficace contre les piqûres de moustiques et contre les arthropodes (simulies, phlébotomes, aoûtat et tiques dures). Ce composé huileux fait fondre les plastiques et est irritant pour les yeux. Les produits à base de DEET à la concentration active de 30 à 50 % ne sont ni recommandés pour les femmes enceintes ni destinés aux jeunes enfants. L'IR3535 a, pour sa part, un large spectre d'activité sur les arthropodes et peu d'effets toxiques décrits. Il n'est pas huileux et n'altère pas les plastiques. Il peut être utilisé chez l'enfant dès 6 mois à la concentration maximale de 20 % et dès 24 mois à la concentration maximale de 35 %, chez la femme enceinte à la concentration maximale de 20 %. Les produits à base d'icaridine et l'huile d'*Eucalyptus citriodora*, hydratée, cyclisée sont en cours d'évaluation au niveau européen et ne bénéficient pas encore d'AMM ;
- la climatisation-ventilation offre une protection limitée ;
- de manière ponctuelle serpentins insecticides en extérieur ou insecticides diffusibles d'intérieur peuvent être utilisés.

Constitution de la trousse à pharmacie

Cette trousse est adaptée aux conditions de voyage. Le conseil comprend au minimum :

- antalgique et antipyrétique (le paracétamol est recommandé) ;
- antibiotique à discuter, notamment en cas de diarrhée fébrile ;
- sels de réhydratation orale surtout chez l'enfant ;
- antidiarrhéique antisécrétoire comme le racécadotril ou moteur, éventuellement, type lopéramide ;
- antiémétique si nécessaire (pour le mal des transports) ;
- antihistaminiques de dernière génération (anti-H1) ;
- antipaludéen à usage préventif si nécessaire ;
- collyre antiseptique (privilégier un conditionnement monodose) ;
- pansements stériles et sutures adhésives ;
- antiseptique cutané ;
- dosettes de sérum physiologique.

Vaccinations

C'est l'occasion de la mise à jour du calendrier vaccinal : diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche, hépatite B, rougeole et vaccination antigrippale.

Vaccinations obligatoires

- Vaccin antiamaril contre la fièvre jaune (Stamaril®) pour les pays d'Afrique intertropicale et la région amazonienne. Il est obligatoire pour les résidents de Guyane, ne peut se faire que dans un centre de vaccinations internationales et, depuis 2021, ne nécessite plus de rappel tous les 10 ans, sauf cas particuliers. Il s'agit d'un vaccin vivant atténué, raison pour laquelle il est déconseillé en cas de grossesse, avant l'âge de 9 mois et en cas de déficit immunitaire. La balance bénéfice-risque est alors discutée en raison du risque de complications postvaccinales et du caractère impératif ou non du voyage.
- Vaccin méningococcique tétravalent ACW135 Y pour les pèlerinages à La Mecque (Menveo® à partir de 2 ans, Nimenrix® à partir de 1 an). Il est effectué dans un centre agréé de vaccinations internationales.
- Vaccin contre le SARS-CoV-2, selon les pays et l'évolution de la situation sanitaire. Les obligations vaccinales sont différentes pour chaque pays, de même que les vaccins disponibles, susceptibles d'évoluer selon la situation épidémiologique [6].

Vaccinations recommandées selon les conditions du séjour [7]

À discuter aussi selon le budget disponible, ces vaccins n'étant pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

- Vaccination contre la fièvre typhoïde (Typhim Vi®) et l'hépatite A (Havrix® ; Avaxim®) en cas de conditions d'hygiène précaires. À noter des difficultés d'approvisionnement pour ces vaccins qui sont actuellement disponibles uniquement dans les centres de vaccinations.
- Vaccination contre l'encéphalite japonaise (Ixiaro®) en cas de séjour de plus de 1 mois en zone rurale en Asie selon le schéma J0, J28, rappel à 1 an.
- Vaccination contre l'encéphalite à tiques (Ticovac®) pour les séjours en zone forestière d'Europe centrale de l'Est et du Nord, à deux modalités de schéma vaccinal : M0, M1-M3, M5-M12 ou un schéma court J0, J15 et M5-M12.
- Vaccination antirabique en cas de séjour prolongé et en situation d'isolement dans un pays en voie de développement par le vaccin Rabique Pasteur®, trois injections à J0, J7, J21 ou J28.

Un carnet de vaccinations internationales sur lequel figurent les vaccinations obligatoires (antiamarile et antiméningococcique pour les voyages à La Mecque) est délivré uniquement par les centres agréés.

Chimioprophylaxie antipalustre

Elle cible en priorité *Plasmodium falciparum*, du fait de la gravité des accès palustres.

Cinq médicaments sont disponibles selon la zone considérée, les trois premiers concernent *Plasmodium falciparum* et sont donc les plus indiqués (tableau 51.1). Le site du ministère des Affaires étrangères [6] est mis à jour régulièrement pays par pays en fonction de l'évolution des zones de résistance. Le site du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) [7] précise les molécules et les posologies indiquées en fonction du zonage.

- L'atovaquone-proguanil est utilisable chez la femme enceinte. Le principal inconvénient de ce traitement est son coût. La première prise se fait la veille du départ, puis tous les jours et pendant 7 jours après le retour.
- La doxycycline est contre-indiquée chez la femme enceinte ou allaitante et l'enfant de moins de 8 ans.

Tableau 51.1 **Traitement préventif du paludisme.**

DCI	Présentations	Posologie	Durée
Adulte			
Chloroquine 100 mg	Comprimé	1 cp. par jour	Séjour + 4 semaines après
Chloroquine 200 mg + proguanil 100 mg	Comprimé	1 cp. par jour Poids > 50 kg	Séjour + 4 semaines après
Atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg	Comprimé	1 cp. par jour Poids > 40 kg	Séjour + 1 semaine après
Méfloquine 250	Comprimé sécable	1 par semaine Poids > 45 kg	10 jours avant + séjour + 3 semaines après
Doxycycline	Comprimé et Comprimé sécable, 50 ou 100 mg	50 mg/j Poids < 40 kg 100 mg/j Poids > 40 kg	Séjour + 4 semaines après
Enfant			
Chloroquine 25 mg/5 ml	Sirop	1,5 mg/kg/j	Séjour + 4 semaines après
Chloroquine + proguanil		1,5 mg/kg/j + 3 mg/kg/j	Séjour + 4 semaines après
Atovaquone 62,5 + proguanil 25 mg	Comprimé	5 à 6 kg ½ cp. hors AMM 7 à 10 kg ¾ cp. hors AMM 11 à 40 kg 1 cp./10 kg	Séjour + 1 semaine après
Méfloquine 250	Comprimé	> 15 kg 5 mg/kg/sem.	10 jours avant + séjour + 3 semaines après
Doxycycline 50 mg	Comprimé	Après 8 ans et > 40 kg 1 cp./j	Séjour + 4 semaines après

Elle est prise tous les jours et pendant 4 semaines après le retour. Il existe un risque théorique de photosensibilisation. Son principal avantage est son coût.

- La méfloquine dont les effets secondaires sont gênants (vertiges, nausées), pouvant aller jusqu'à des convulsions ou troubles psychiatriques réversibles. Le traitement se prend une fois par semaine et est débuté 10 jours avant le départ, pour que deux prises avant le départ permettent de tester la tolérance. Ce traitement est beaucoup moins utilisé du fait de ses effets secondaires et il est indiqué seulement en deuxième intention. Il peut être prescrit chez la femme enceinte.
- La chloroquine pour les pays de la zone 1, donc pour des zones limitées d'Amérique tropicale/Caraïbes. Elle nécessite une contraception efficace chez l'homme et la femme car elle est génotoxique et contre-indiquée chez la femme enceinte. Ce produit a actuellement des indications très limitées.
- La chloroquine-proguanil pour les pays de la zone 2, utilisable chez la femme enceinte, n'est plus recommandée du fait de la baisse de son efficacité [8].

Il est nécessaire d'informer les voyageurs du risque des traitements à base d'*Artemisia*, produits de phytothérapie proposé sous forme de gélules, tisane, qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité ni de leur innocuité et sont formellement déconseillés par l'OMS [9, 10].

Consultation au retour de voyage

Les études épidémiologiques montrent que 2 à 4 % des voyageurs présentent au retour d'un voyage une fièvre en l'absence d'autres symptômes d'appel (digestifs, respiratoires notamment). Les causes les plus fréquentes sont le paludisme, les arboviroses dont la dengue, le chikungunya, les infections à virus Zika, les gastro-entérites infectieuses, la fièvre typhoïde [11]. Les prévalences peuvent très vite se modifier, comme c'est le cas depuis décembre 2019 avec l'émergence du virus SARS-Cov-2.

Conduite à tenir devant un patient fébrile au retour d'un voyage

La fièvre de retour a un caractère de gravité potentielle, en cas de paludisme : 1 006 cas d'accès palustres ont été déclarés en 2020 au centre de référence (CNR), en baisse de 64 % par rapport à 2019 du fait des restrictions sanitaires, dont 183 formes graves et 6 décès.

La démarche diagnostique prend en compte le pays d'origine, la date de survenue de la fièvre par rapport aux dates du séjour, les conditions du séjour, le statut vaccinal, la prise ou non de chimioprophylaxie antipaludique, et la présence éventuelle de signes associés. L'examen clinique recherche les causes de fièvre cosmopolite infectieuses (pyélonéphrite, pneumonies). La période d'incubation pour *P. falciparum* est de 6 jours et de moins de 2 mois en général. La présentation clinique est celle d'une fièvre associée à un syndrome algique (céphalées, myalgies, arthralgies) et des signes digestifs parfois trompeurs (nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée). **Toute fièvre survenant au retour d'un pays d'endémie dans un délai de 2 mois, notamment les pays d'Afrique subsaharienne, même en cas de chimioprophylaxie, fait évoquer en priorité le diagnostic**. Le bilan biologique minimal comprend un hémogramme à la recherche d'une thrombopénie, une évaluation de la fonction rénale, un bilan hépatique, un frottis-goutte épaisse qui permet de mesurer la parasitémie. Le traitement curatif concerne peu les soins premiers, le principal rôle du médecin généraliste est d'évoquer le diagnostic, d'évaluer la gravité clinique et d'orienter ensuite le patient aux urgences ou dans un service spécialisé [12].

Devant un tableau respiratoire fébrile, le diagnostic d'infection à coronavirus, en priorité SARS-CoV-2 depuis 2020, ainsi que les infections à MERS-CoV pour les patients de retour de pèlerinage de La Mecque, est suspecté [13]. Les conditions de prise en charge évoluent depuis l'apparition de la pandémie en France en février 2020. Une grippe saisonnière décalée en cas de séjour dans l'hémisphère sud est possible.

Devant un syndrome pseudogrippal survenant dans les 7 jours après le retour, les arboviroses comme le chikungunya, la dengue ou une infection à virus Zika, sont à évoquer. Le traitement de ces pathologies est uniquement symptomatique. Le diagnostic est orienté par l'existence d'une leuconeutropénie. La sérologie confirme le diagnostic. Il s'agit de maladies à déclaration obligatoire en cas de confirmation biologique. Dans le sud de la France, des cas suspects sont signalés. Dans le cas d'une infection à virus Zika, la déclaration est obligatoire ; une procédure de surveillance particulière est instaurée en cas de grossesse.

Conduite à tenir devant une diarrhée

Une diarrhée du voyageur est définie comme l'émission de trois selles non formées ou plus par 24 heures ou par l'émission de selles plus fréquentes que d'habitude — cette dernière assertion est plus adaptée aux nourrissons et petits enfants, dont le transit normal peut être plus rapide — durant ou au retour d'un voyage. La diarrhée affecte fréquemment les voyageurs. Son taux d'attaque peut dépasser 40 % pour un séjour de 3 semaines. Chez les enfants voyageurs, ce symptôme est rapporté dans 13,5 à 39 % des cas, plus fréquemment chez les moins de 2 ans ou les adolescents. Il s'agit le plus souvent d'une « tourista », épisode aigu bénin survenant pendant le séjour ou les 7 jours suivant le retour, spontanément résolutif en 1 à 3 jours. Il peut s'agir aussi de formes cliniques plus sévères, requérant une prise en charge adaptée. La classification actuelle des différentes formes de diarrhée du voyageur différencie les formes aiguës (bénignes), modérées ou sévères, selon leur degré de tolérance par le patient et leur impact sur son activité, et les diarrhées persistantes (durant plus de 2 semaines). Tout syndrome dysentérique (avec présence de selles sanglantes) est considéré dans cette nouvelle classification comme une forme sévère [14].

Plusieurs agents pathogènes peuvent être responsables de diarrhée : *E. coli* entérotoxinogène (50 %) mais aussi des parasites (*Entemeoba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Isospora* sp., *Cryptosporidium* sp.) des virus (rotavirus, virus Norwalk) ou d'autres bactéries (*E. coli* entéropathogène, *Salmonella* non *typhi*, *Shigella*, *Campylobacter*…).

En cas de diarrhée fébrile, le paludisme est à évoquer en premier pour les pays d'endémie, puis une coproculture est demandée pour éliminer une shigellose, une salmonellose ou une infection à *Campylobacter*. Si la diarrhée est non fébrile, l'origine la plus probable est parasitaire, le diagnostic est fait sur l'examen parasitologique des selles. Un traitement d'épreuve par nitro-imidazolé est prescrit [6].

Attention au risque de portage de bactéries multirésistantes (BMR), notamment au retour des zones d'Asie et d'Inde [15].

Traitement curatif de la diarrhée du voyageur :

- réhydratation dans tous les cas, sachets de réhydratation orale pour enfants ;
- antisécrétoire type racécadotril et/ou ralentisseur du transit type lopéramide (à limiter), contre-indiqué avant 30 mois ;
- antibiothérapie uniquement en cas de forme sévère ou de diarrhée persistant plus de 24 heures :
  - azithromycine (hors AMM) 400 mg pendant 1 à 3 jours [6] en première intention du fait de l'évolution des résistances bactériennes aux fluoroquinolones des souches de *Salmonell*a et de *Campylobacter*, notamment en Asie ;
  - ciprofloxacine 1 g par jour pendant 3 jours en seconde intention.

Conclusion

La place du médecin généraliste est essentielle dans la consultation de prévention avant un voyage pour rappeler les mesures barrière, les conseils d'hygiène alimentaire, la mise à jour des vaccinations, la protection antivectorielle et prescrire la chimioprophylaxie antipalustre. Au retour, son rôle est surtout d'évoquer le diagnostic de paludisme en cas de fièvre.

Références

[1] Hill DR. Health problems in a large cohort of Americans traveling to developing countries. J Travel Med 2000 ;7(5):259–66.

[2] Rovira C, Buffel du Vaure C, Partouche H. Are French general practitioners consulted before travel to developing countries? A cross-sectional study conducted in a French airport. Rev Epidemiol Sante Publique 2015 ;63(4):253–8.

[3] Collège des universitaires des maladies infectieuses et tropicales (CMIT). In: Pilly E, editor. Voyage en pays tropical : conseils avant le départ et pathologie au retour. 27e édition. Paris: ALINÉA Plus ; 2020. p. 247–58.

[4] Fradin MS, Day JF. Comparative efficacy of insect repellents against mosquito bites. N Engl J Med 2002 ;347(1):13–8.

[5] Société de médecine des voyages et Société française de parasitologie (SFP). Recommandations de bonne pratique. Texte court. Protection personnelle antivectorielle ou protection contre les insectes piqueurs et les tiques. Paris: SFP ; 2010.

[6] Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Conseils aux voyageurs ; 2022. [En ligne]. Disponible sur : www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs.

[7] Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2021 (à l'usage des professionnels de santé). BEH (hors série) 1er juin 2021. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/349458/3050053.

[8] Groupe recommandations de la Société de pathologie infectieuse de langue française. Prise en charge et prévention du paludisme d'importation. Mise à jour 2017 des recommandations pour la pratique clinique ; 2007. [En ligne]. Disponible sur : www.infectiologie.com.

[9] Lagarce L, Lerolle N, Asfar P, Le Govic Y, Lainé-Cessac P, de Gentile L. A non-pharmaceutical form of Artemisia annua is not effective in preventing Plasmodium falciparum malaria. J Travel Med 2016 ;23(5).

[10] Organisation mondiale de la santé. Déclaration de principes. Utilisation des formes non pharmaceutiques d'Artemisia. [En ligne]. Genève (Suisse): OMS ; 2020. Disponible sur : https://www.who.int/fr/.

[11] Schlagenhauf P, Weld L, Goorhuis A, et al, EuroTravNet. Travel-associated infection presenting in Europe (2008-12): an analysis of EuroTravNet longitudinal, surveillance data, and evaluation of the effect of the pre-travel consultation. Lancet Infect Dis 2015 ;15(1):55–64.

[12] Eldin C, Gautret P, Parola P. Conduite à tenir devant une fièvre au retour de voyage en zone tropicale. Rev Prat 2015 ;65:491–4.

[13] Santé publique France. Dossier thématique. Infection à coronavirus (SRAS-CoV, Mers-CoV, SARS-CoV-2). [En ligne], 2021. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr/.

[14] DuPont HL, Ericsson CD. Prevention and treatment of traveler's diarrhea. N Engl J Med 1993 ;328(25):1821–7.

[15] Arcilla MS, Hattem JM, Haverkate MR, et al. Import and spread of extended-spectrum β-lactamase-producing Enterobacteriaceae by international travellers (COMBAT study): a prospective, multicentre cohort study. Lancet Infect Dis 2017 ;17(1):78–85.

Chapitre 52

Activité physique adaptée

Émile Escourrou

PLAN DU CHAPITRE

Définitions 495
Bénéfices en santé 497
Le médecin généraliste, un acteur clef. 498
Pour quels patients en pratique ? 498
Modalités de prescription 498
Suivi 502
Perspectives. 503
Conclusion. 503
Remerciements 504

Toutes les parties du corps qui remplissent une fonction sont saines, bien développées et vieillissent plus lentement si elles sont sollicitées avec mesure et exercées à des travaux dont on a l'habitude. Mais si elles ne sont pas utilisées et sont indolentes, elles tendent à devenir malades, se développent mal et vieillissent prématurément.

Hippocrate, environ 400 ans avant J.-C.

Définitions

L'**activité physique** (AP) se définit comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos. Elle comprend [1] :

- les AP de la vie quotidienne ;
- les exercices physiques ;
- les activités sportives.

Différents niveaux d'intensité sont décrits [1], mais ceux qui nous intéressent le plus en pratique clinique quotidienne sont les suivants.

AP d'intensité faible

- 40 à 55 % de la fréquence cardiaque maximale (FCmax)[62].
- Pénibilité : 3 à 4/10.
- Pas d'essoufflement, pas de transpiration.
- Exemples : une marche < 4 km/h, promener son chien, s'habiller, faire des activités manuelles.

AP d'intensité modérée

- 55 à 70 % de la FCmax.
- Pénibilité : 5 à 6/10.
- Essoufflement et transpiration modérée, conversation possible.
- L'AP peut être maintenue 30 à 60 min.
- Exemples : une marche à 5 à 6,5 km/h, une montée lente des escaliers, une course à pied < 8 km/h, du vélo de loisirs à 15 km/h, la nage de loisirs, la danse, le jardinage, etc.

AP d'intensité élevée

- 70 à 90 % de la FCmax.
- Pénibilité : 7 à 8/10.
- Essoufflement important, transpiration abondante, conversation difficile.
- L'AP ne peut être maintenue plus de 30 minutes.
- Exemples : une marche rapide supérieure à 6,5 km/h, une montée rapide des escaliers, une course à pied à 8 ou 9 km/h, du vélo à 20 km/h, etc.

La HAS propose une fiche récapitulative permettant d'évaluer l'intensité d'une AP en endurance (figure 52.1) [2]. L'évaluation du niveau d'intensité de l'activité physique fondée uniquement sur le type d'activité réalisée ne tient pas compte des variabilités individuelles. Pour une même activité (par exemple, marcher à 6 km/h), la dépense énergique peut être très variable d'une personne à l'autre. Le praticien retient préférentiellement le seuil d'essoufflement, de transpiration ainsi que la capacité d'élocution durant l'effort comme déterminants du niveau d'intensité pour une activité donnée et un patient donné.

L'**activité physique adaptée** (APA) correspond à la pratique, dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, fondée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires [1].

La définition de l'APA renvoie notamment à deux concepts développés ultérieurement dans ce chapitre :

- la nécessité d'une évaluation des besoins spécifiques du patient et de ses restrictions fonctionnelles liées à son état de santé physique et mental ;
- la nécessité d'un encadrement et d'un suivi adéquat pour promouvoir une activité adaptée à faible risque pour le patient.

[62] FCmax = 220 – Âge du patient en années.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

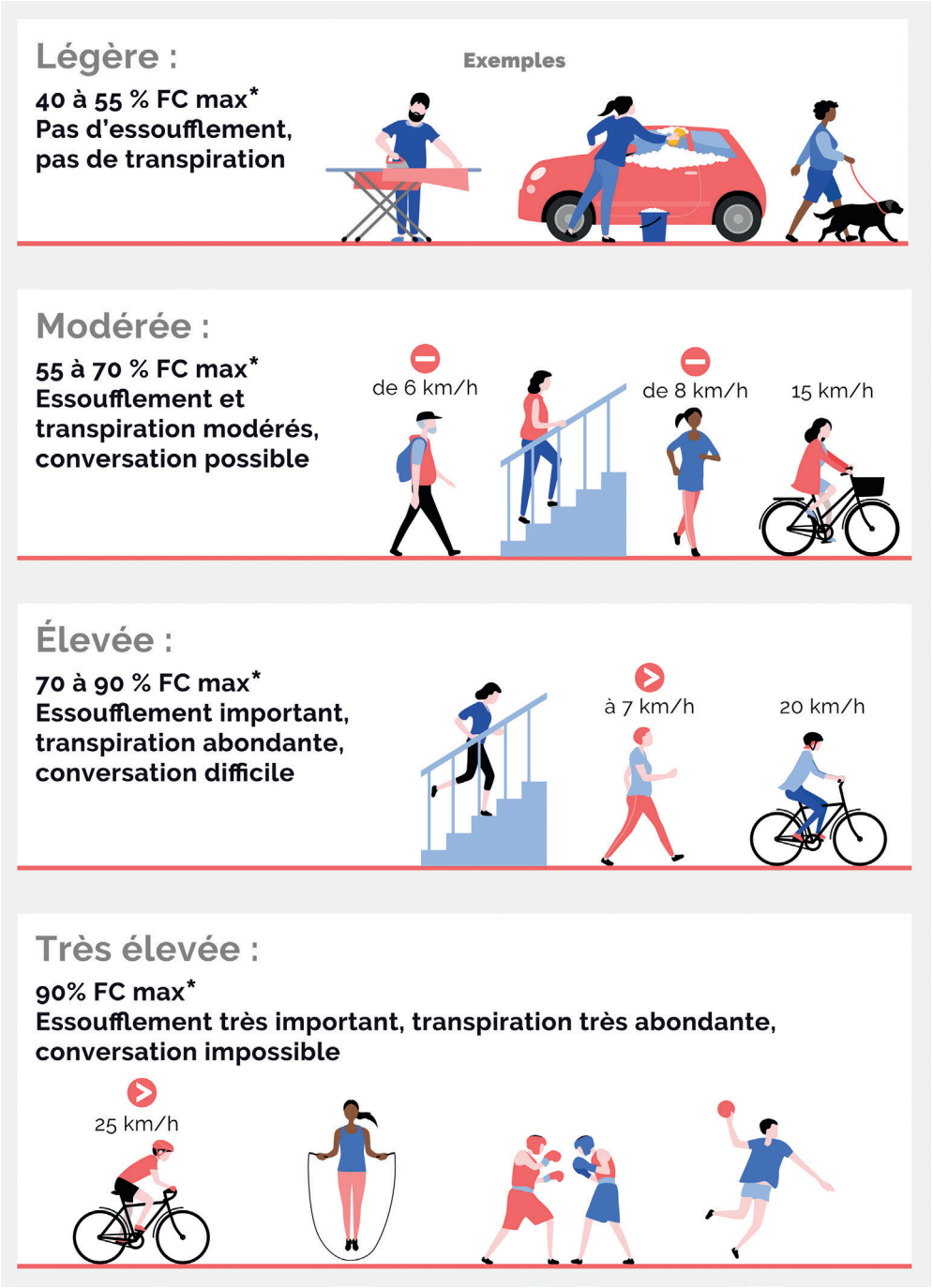


Fig. 52.1 Exemples d'activités en endurance selon les différents niveaux d'intensité. * La fréquence cardiaque maximale est estimée par la formule : FCmax (en battements/minute) = 220 – Âge (en années). *(Source : Haute Autorité de santé. Conseils à vos patients pour évaluer l'intensité d'une activité physique en endurance. Octobre 2019.)*

Il est important de bien différencier ici l'APA de la pratique sportive.

L'**inactivité physique** est définie comme un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, c'est-à-dire un niveau inférieur à un seuil d'activité physique recommandé [3].

La **sédentarité** est définie par une situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique égale à la dépense énergétique d'un sujet assis au repos. Elle est considérée de manière distincte de l'inactivité physique avec ses effets propres sur la santé [3].

Bénéfices en santé

Pourquoi s'intéresser à l'activité physique des patients ?

En 2020, l'OMS estime que 27,5 % des adultes et 81 % des adolescents n'atteignent pas les recommandations d'AP pour la santé [4]. Ces recommandations sont rappelées dans le tableau 52.1.

Le nombre de personnes inactives et sédentaires augmente par la modification des modes de vie et des postes de travail de plus en plus sédentaires.

La sédentarité est considérée comme le quatrième marqueur de risque de mortalité au monde. Elle augmente le nombre de pathologies chroniques, notamment cardiovasculaires, métaboliques, néoplasiques et rhumatologiques. D'après l'OMS, la sédentarité est la cause principale des cancers du sein et du côlon (21 à 25 %), du diabète (27 %) et des cardiopathies ischémiques (30 %) [4].

S'intéresser à l'AP des patients recouvre un intérêt individuel : prévention et bénéfices en santé pour le patient ; et un intérêt sociétal : diminution de l'incidence de certaines maladies chroniques et possiblement des coûts de santé.

Quels bénéfices en santé de l'AP ?

Les bénéfices en santé de l'AP sont nombreux et majeurs (tableau 52.2) [1]. Parmi ceux-ci :

Tableau 52.1 Recommandations **mondiales de l'OMS sur le niveau d'AP pour la santé.**

Enfant et adolescent de 5 à 17 ans		
Quotidien Au moins 60 minutes d'AP d'intensité modérée à soutenue, essentiellement d'endurance	**Au moins 3 fois par semaine** Activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux	
Bénéfices supplémentaires sur la santé : AP quotidienne > 60 minutes		
Adulte âgé de plus de 18 ans		
Hebdomadaire 150 à 300 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ***ou*** au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ***ou*** une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue (possible séquençage par périodes de 10 minutes minimum)	**Au moins 2 fois par semaine** Renforcement musculaire (faisant intervenir les principaux groupes musculaires, séances non consécutives)	**Pour les plus de 65 ans** **Au moins 3 fois par semaine** AP permettant un travail d'assouplissement et d'équilibre
Bénéfices supplémentaires sur la santé : Plus de 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue		

Tableau 52.2 Bénéfices **en santé de l'AP selon le niveau de prévention.**

Nosographie	Bénéfices de l'AP en prévention primaire	Bénéfices de l'AP en prévention secondaire et tertiaire
Pathologies néoplasiques	Diminution de l'incidence des cancers du sein, du côlon, de l'endomètre, d'adénocarcinome de l'œsophage et possiblement du poumon	*Patients atteints de cancer du sein ou de cancer colorectal ou de la prostate* : Réduction de la mortalité toutes causes confondues et de la mortalité par cancer Réduction de la récidive Réduction de la fatigue et amélioration de la tolérance aux traitements Amélioration de la qualité de vie
Pathologies cardiovasculaires	Diminution de l'incidence et de la mortalité des pathologies cardiovasculaires	Réduction du risque de progression de la maladie cardiovasculaire Réduction du risque d'augmentation de la pression artérielle
Santé mentale	*Personnes en bonne santé :* réduction des signes d'anxiété et de dépression Réduction du risque de dépression Amélioration de la qualité du sommeil	*Patients atteints d'une pathologie anxieuse ou de dépression :* Réduction des signes d'anxiété et de dépression Amélioration des fonctions cognitives dans la schizophrénie
Pathologies neurologiques	Réduction du risque de démence	Amélioration de la marche pour les patients atteints de sclérose en plaques, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral
Pathologies métaboliques	Réduction du risque de prise de poids excessive Prévention de la reprise de poids après un amaigrissement initial	*Patients atteints de diabète de type 2* : Réduction du risque de mortalité toutes causes et du risque de mortalité cardiovasculaire pour les patients atteints de diabète de type 2 Amélioration de l'HbA1c, de la pression artérielle et du profil lipidique
Pathologies de l'appareil locomoteur	*Personnes âgées :* prévention de la sarcopénie	*Patients atteints d'arthrose de hanche ou genou* : diminution des douleurs, amélioration fonctionnelle, amélioration de la qualité de vie

- la diminution du risque de mortalité quelles que soient les causes, avec une relation dose-réponse ;
- l'amélioration de la qualité de vie.

Les bénéfices en santé de l'AP sont notables quel que soit le niveau de prévention : primaire, secondaire ou tertiaire [1, 5–7].

Le partage d'informations validées avec le patient est un élément central de l'accompagnement visant à favoriser l'adoption d'un mode de vie permettant des bénéfices en santé. L'infographie issue du rapport Inserm 2019[8] est un document accessible pouvant servir de support à l'entretien motivationnel centré sur la promotion d'AP dans la vie quotidienne du patient (figure 52.2).

Apports de l'activité physique adaptée

Comme nous l'avons vu, le bénéfice en santé de l'AP est tout aussi majeur en prévention secondaire ou tertiaire. Les patients pour lesquels l'AP est recommandée dans les suites d'un diagnostic de maladie chronique peuvent présenter soit des complications de leur maladie soit une comorbidité responsable d'altération de leurs capacités fonctionnelles.

De même, lorsque le patient est atteint d'une pathologie à risque de décompensation, ou doit pratiquer une APA dans les suites d'un événement aigu (syndrome coronarien aigu par exemple), une surveillance médicale ou paramédicale est nécessaire.

L'APA permet :

- d'assurer la sécurité du patient ;
- d'adapter les recommandations d'AP pour la santé à l'état fonctionnel du patient et à son environnement ;
- d'entretenir la motivation du patient en l'accompagnant dans son changement de mode de vie.

Les intervenants pour permettre une APA sont nombreux et parfois méconnus du prescripteur. Le tableau 52.3 propose une répartition des professionnels en fonction de l'état physique et fonctionnel du patient.

Le médecin généraliste, un acteur clef

La prescription d'APA est inscrite dans la loi depuis le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Le médecin généraliste fait la promotion de l'AP et prescrit l'APA. Il joue un rôle central dans l'approche multidimensionnelle de l'APA en conseillant, en aidant le patient à comprendre l'importance de l'APA et en l'orientant vers des structures et des professionnels ressources [9]. Sa possibilité de s'entretenir avec le patient à différents moments de son parcours de vie permet aussi la promotion de l'AP. Tout comme pour l'arrêt du tabac, un conseil minimal délivré en fin de consultation pour réévaluation de traitement favorise la pratique de l'AP à 6 mois [10].

L'APA constitue un outil thérapeutique majeur qui s'avère utile et efficace dans plusieurs aspects du champ de la médecine générale [11] (figure 52.3).

Quel autre moyen thérapeutique existe-t-il pour à la fois prévenir l'incidence de maladies chroniques, prévenir leurs complications, améliorer la qualité de vie et diminuer la mortalité toutes causes confondues ?

Pour quels patients en pratique ?

Les bénéfices en santé de l'AP sont démontrés pour l'ensemble de la population, à tout âge, en prévention primaire et aussi secondaire et tertiaire.

L'APA s'adresse aux patients pour lesquels une adaptation et un encadrement des recommandations d'AP à leur état de santé sont nécessaires.

En pratique clinique quotidienne, il peut être aidant de cibler un certain nombre de profils pour lesquels les conseils (et la prescription) d'APA font partie du plan de santé.

Prévention primaire

- La personne à risque de développer une maladie chronique, notamment cardiovasculaire ou métabolique :
  - antécédents familiaux ;
  - mode de vie sédentaire ;
  - facteurs de risque personnels ou environnementaux.
- La personne âgée à risque de chute :
  - personne âgée à risque de sarcopénie.

Prévention secondaire et tertiaire

- La personne pour laquelle la pathologie impose un encadrement médical et/ou paramédical :
  - pathologie cardiovasculaire, pulmonaire ou neurologique récente ;
  - pathologie à risque de décompensation à l'effort.
- La personne atteinte de maladie chronique pour laquelle l'APA a un impact direct sur les données de suivi et de contrôle de la maladie :
  - personne atteinte de BPCO, de diabète, d'HTA, de dyslipidémie, etc.
- La personne atteinte de maladie chronique pour laquelle l'APA a un impact sur la prévention des comorbidités :
  - personne atteinte d'arthrose, d'insuffisance rénale, de troubles neurocognitifs, etc.

Modalités de prescription

La prescription d'APA n'est pas encore entièrement ancrée dans la pratique clinique quotidienne. Le manque d'habitude de prescription de traitement non pharmacologique et la difficulté pour se référer à des recommandations pratiques et/ou les mettre en œuvre l'expliquent en partie [12].

Absence de contre-indication et sécurité du patient

La première étape est de s'assurer de l'absence de contre-indication à l'APA, essentiellement cardiovasculaire et pulmonaire. Elles sont peu nombreuses, quasi toujours temporaires, et concernent essentiellement l'APA d'intensité élevée à très élevée [1].

Lors de cette étape, deux questions sont posées :

- *Le patient est-il symptomatique ?* Pour cela, le questionnaire Q-AAP + peut aider à structurer l'interrogatoire [1].

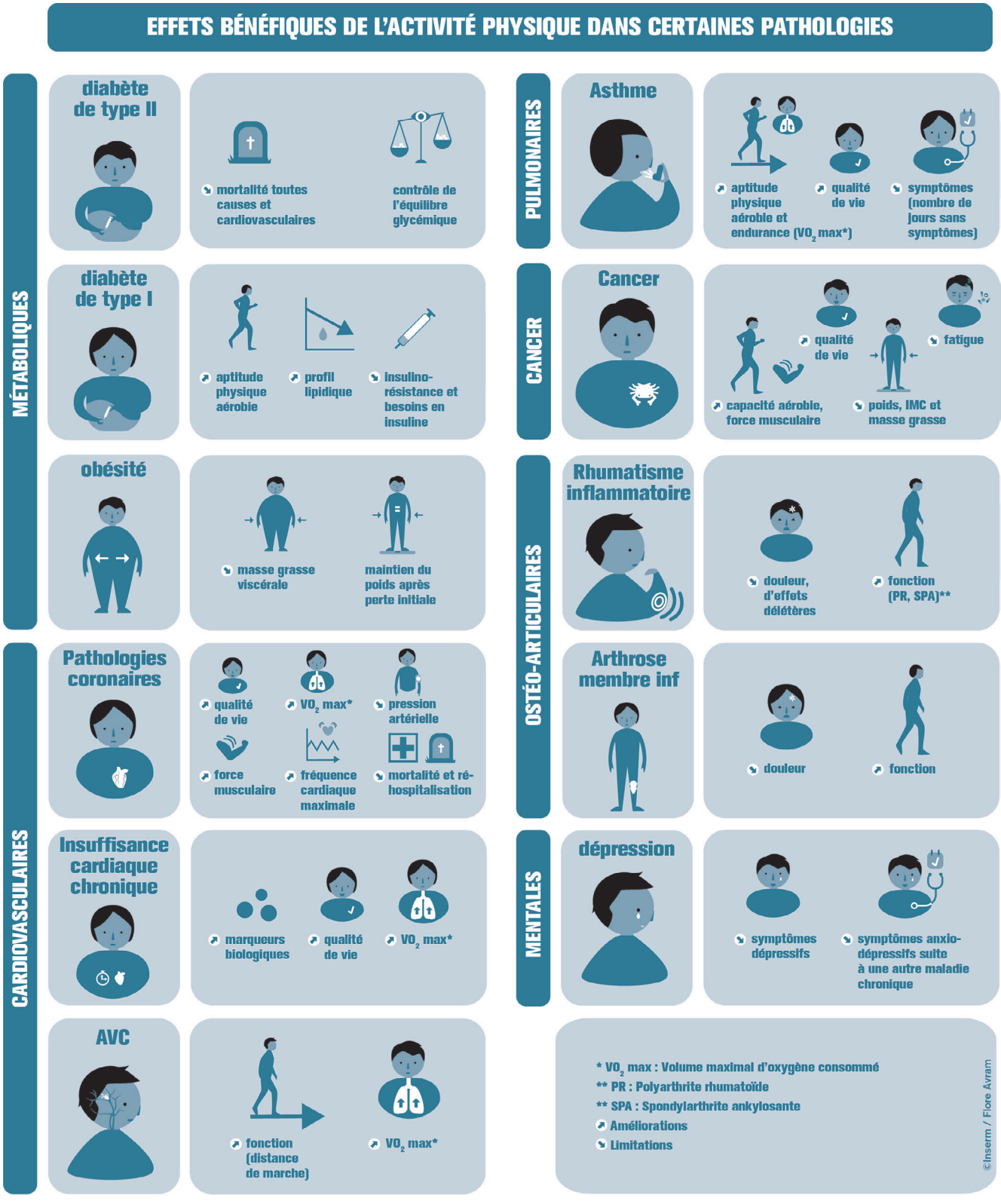


Fig. 52.2 Effets bénéfiques de l'AP dans certaines pathologies. *(Source : Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques – Une expertise collective de l'Inserm. Infographie Inserm, février 2019.)*

Tableau 52.3 **Domaines d'interventions préférentiels des professionnels de l'APA en fonction du niveau de limitation du patient [63].**

Niveaux de limitations du patient	Professionnels de l'APA
Aucune limitation	– Éducateurs sportifs – Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel – Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel
Limitations minimes	– Idem que pour aucune limitation + – Enseignants d'APA
Limitations modérées	– Enseignants d'APA – Masseurs kinésithérapeutes – Ergothérapeutes et psychomotriciens *Au cas par cas, et si dans une équipe pluriprofessionnelle : professionnels impliqués lorsque aucune limitation*
Limitations sévères	– Masseurs kinésithérapeutes – Ergothérapeutes et psychomotriciens – Enseignants d'APA – Structures hospitalières de réhabilitation

- *Le patient est-il à risque sur le plan cardiovasculaire ?*

Les réponses à ces deux questions permettent de guider l'examen clinique et de proposer éventuellement des examens complémentaires. Les indications d'une épreuve d'effort préalable à l'APA chez un patient *asymptomatique* sont limitées et ne concernent que les AP d'intensité élevée [1].

La deuxième étape est d'évaluer les restrictions potentielles liées à l'état fonctionnel du patient. Ces restrictions ne sont pas des contre-indications, elles servent à guider la réalisation d'APA pour réduire le risque d'événements indésirables. Ces restrictions sont définies selon :

- l'état fonctionnel de la personne : qu'est-elle capable de faire et de ne pas faire ?
- ses appréhensions : quelles situations peuvent engendrer une crainte ?
- ses pathologies : quelles précautions sont à prendre pour éviter une aggravation de la symptomatologie ?
- de son traitement médicamenteux : quels risques peuvent être causés par l'APA ?

Situation clinique

- Une personne atteinte de gonarthrose fémoro-patellaire pourrait avoir comme restrictions à observer durant l'APA d'éviter les efforts en charge avec plus de 90° de flexion, ou d'éviter la nage en brasse.
- Une personne atteinte de lombalgies avec un déficit musculaire de la ceinture abdominale pourrait avoir comme restrictions d'éviter le port de charge lors des séances d'APA.
- Une personne sous anticoagulant pourrait avoir comme restrictions d'éviter une APA avec risque de chute important ou contact important.

[63] La définition des limitations peut être retrouvée dans l'instruction interministérielle n° DGS/EA [3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017, Annexe 2.

Décision partagée

Une fois que l'évaluation médicale a permis d'écarter une contre-indication et de lister les éventuelles restrictions, la prescription d'APA se fait en collaboration avec le patient. Cette collaboration aboutit à une prescription d'APA construite ensemble, reposant sur l'expertise médicale et l'expérience du patient.

Cette étape, notamment par l'étude du degré de motivation du patient, des freins et des leviers potentiels à la réalisation de l'APA, est fondamentale pour l'adhésion au programme et le suivi (cf. chapitre 9).

Cette collaboration est aussi l'occasion de fixer des objectifs pertinents et réalisables et d'entretenir la motivation du patient, notamment par un rappel des bénéfices attendus, adaptés à sa situation.

Toute dépense énergétique supplémentaire consentie par le patient est bénéfique et à encourager, même si elle n'attend pas le standard recommandé.

Encourager une modification du mode de vie : la lutte contre la sédentarité

Quel que soit le niveau d'AP du patient, la lutte contre la sédentarité est bénéfique et indispensable.

Dans son rôle d'accompagnement pour la modification du mode de vie, le médecin généraliste sensibilise le patient aux comportements sédentaires. Une position assise et/ou allongée durant plus de 7 heures est considérée comme un niveau de sédentarité élevée [13]. Le nombre de pas effectués par jour peut également servir à sensibiliser le patient sur sa sédentarité.

Le médecin généraliste propose sous forme d'intervention brève, des exemples pratiques de comportements actifs dans chaque domaine du quotidien que sont les déplacements, le travail, les loisirs, les temps au domicile. Ces modifications sont : favoriser les déplacements actifs (marche, vélo, etc.) plutôt que motorisés, privilégier les escaliers aux ascenseurs, promouvoir les pauses actives et régulières tout au long de la journée, adapter le poste de travail, etc.

L'Observatoire national de l'activité physique et de la santé propose, par exemple, des adaptations simples pour lutter contre la sédentarité en télétravail [13] :

- instaurer des pauses de 3 minutes en mouvement toutes les heures de télétravail ;
- s'échauffer et s'étirer 5 à 10 minutes avant de s'installer à son bureau, en insistant sur le dos, les épaules et le bassin ;
- adapter son poste de travail, possible selon le matériel de chacun : utilisation de *swiss-ball*, de pédalier ou encore de bureau debout pendant des périodes courtes et fragmentées.

Modalités de prescription

La prescription répond aux mêmes règles que toute prescription de thérapeutique. On gardera en tête la règle des « 3R » : l'activité physique doit être Raisonnée, Régulière, et Raisonnable [1].

La première étape fondamentale est la lutte contre la sédentarité. Se rajoute ensuite une APA qui rejoindra les recommandations mondiales (cf. tableau 52.1).

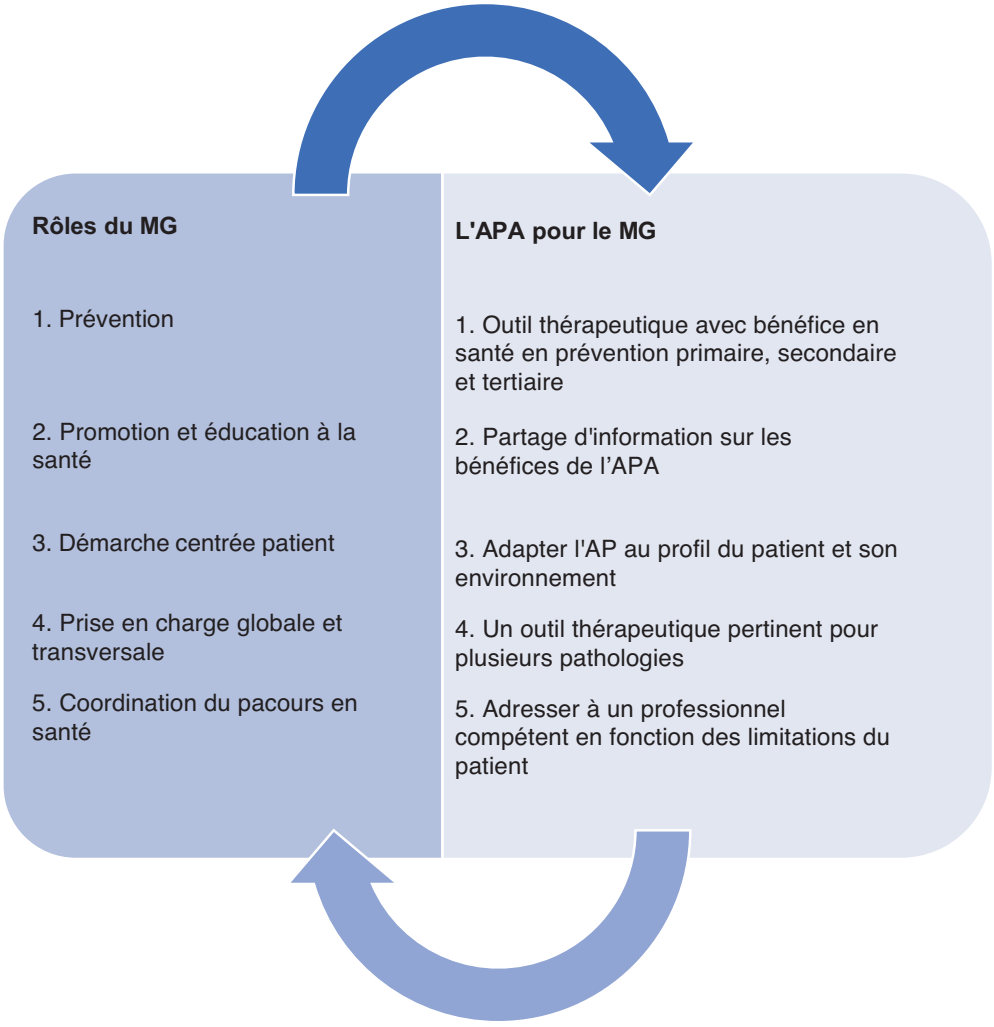


Fig. 52.3 L'APA comme un outil pratique et utile pour le champ disciplinaire.

Les données minimales figurant sur l'ordonnance sont reprises par l'acronyme « FITT » : Fréquence, Intensité, Durée (*Time*), Type. Selon les auteurs, les données complémentaires peuvent être le Volume, la Progression (FITT-VP) et/ou le contexte de pratique [1].

La prescription mentionne les restrictions potentielles, et selon, les objectifs à réaliser et le moment de la réévaluation.

Une liste des symptômes à surveiller durant l'APA et devant amener le patient à consulter est pertinente (figure 52.4)[64].

Modalités de réalisation

Muni de sa prescription, le patient peut soit réaliser son APA en autonomie si son environnement, son état physique et ses connaissances le permettent, soit bénéficier d'un encadrement pour ses séances.

Le contenu et la précision de la prescription sont adaptés au parcours prévu pour le patient.

Comme vu précédemment (cf. tableau 52.3), les professionnels seront identifiés selon les limitations du patient. Ces professionnels peuvent faire partie intégrante d'une structure de soins : maison de santé pluriprofessionnelle, hôpitaux, cliniques ; ou d'un réseau de soins. Ils peuvent également intervenir dans des structures type maison Sport-Santé, au sein d'associations et de club de sportifs, ou bien en autonomie.

Les ARS, la Société française des professionnels en activité physique adaptée et la Fédération française de sports pour tous proposent un annuaire non exhaustif des professionnels sur le territoire.

Le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) a également publié un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives : le « Médicosport-santé » maintenant disponible sous forme d'application [14]. Il retrace notamment le bénéfice de l'AP par pathologies et, pour chaque fédération impliquée, décrit les disciplines de sport santé proposées.

L'offre est encore très variable selon les territoires mais est en augmentation constante.

[64] De plus amples détails sur quelles APA pour quels profils de patients peuvent être consultés dans l'ouvrage *Médecine du sport pour le praticien*, 6e édition, Elsevier Masson.

Dr L. Lagrange
Rue des sports
31000 Toulouse

Mr S. Edentère

A Toulouse, le 23 octobre 2020

Prescription relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (Affection Exonérante)

1/ Lutter contre la sédentarité

Se déplacer à pied ou en vélo dès que possible plutôt qu'en voiture.
Quand déplacement en voiture, se garer un peu plus loin du point d'arrivée pour marcher davantage
Objectif : augmenter le nombre de pas, à contrôler par podomètre ou application sur smartphone

2/ Séances d'activité physique adaptée comprenant

– **Travail aérobie**

5 séances hebdomadaires
Type : Vélo, marche
Temps n°1 : 5 min s'échauffer, intensité faible (pas d'essoufflement)
Temps n°2 : 8 à 10 min à une intensité modérée (être essoufflé, transpirer, pouvoir parler mais pas chanter)
Temps n°3 : 2 min lentement pour récupérer
Objectif : augmenter de 2 min le temps n°2 tous les 15 jours pour arriver à 30 min de temps n°2 par séance

– **Renforcement musculaire**

1 à 2 séances par semaine
Durée : 15 à 20 min
Intensité modérée
8 exercices avec 5 répétitions chacun portant essentiellement sur les muscles des membres inférieurs (fessier et quadriceps notamment) et du tronc
Objectif : augmenter de 1 répétition pour chaque exercice chaque semaine, pour arriver à 10 répétions par exercices

– **Travail d'équilibre et de souplesse**

1 séance par semaine
10 à 15 min
Intensité faible
Équilibre en appui unipodal 30 secondes sur chaque jambe, 3 fois, d'abord avec aide puis sans aide
Étirements, notamment des chaines postérieures des membres inférieurs

Restrictions éventuelles :
Pas de port de charge excédent 5 kgs
Pas de flexion > 90° des deux genoux

Symptômes devant amener à prendre contact sans délai avec votre médecin
- *Douleurs inhabituelles*
- *Essoufflement inhabituel*
- *Malaise*
- *Douleur dans la poitrine*

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (Maladies intercurrentes)

Signature

Fig. 52.4 Exemple d'une prescription d'APA à destination d'un enseignant d'APA, fondée sur les recommandations de l'OMS, pour un patient de 66 ans, sédentaire, à risque de sarcopénie, atteint d'hypertension artérielle et gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale.

Suivi

Un suivi régulier est une étape indispensable pour favoriser l'adhésion au programme d'APA.

La première réévaluation est très précoce, dans les 15 jours à 1 mois après la prescription. Le rythme est ensuite dicté par le degré de motivation du patient, l'évolutivité du programme d'APA et les risques d'effets indésirables potentiels.

Renforcement positif

Au cours des consultations de suivi, le degré de motivation du patient est évalué. Toutes les activités supplémentaires par rapport à l'avant-prescription sont à féliciter et encourager.

Les freins et leviers varient au cours du programme et sont réévalués régulièrement.

Dépister et prendre en charge les accidents imputables à l'APA

L'APA, et plus particulièrement la reprise d'une AP, peut entraîner des symptômes ostéoarticulaires voire des pathologies. À une intensité d'AP modérée, l'incidence des accidents ostéoarticulaires et musculosquelettiques reste faible, et la balance bénéfices-risques est largement en faveur de l'AP.

Il est cependant important, particulièrement lors des premières consultations de suivi, de dépister ces atteintes. Les douleurs musculaires et articulaires constituent un frein important à la poursuite de l'AP et à l'adhésion du patient, ce qui demande une adaptation de la prescription. Par exemple, les exercices en charges peuvent s'effectuer en décharge ou bien avec des amplitudes, des vitesses ou des résistances moindres. La durée et la fréquence des séances, la proportion de l'échauffement sont également des variables utiles à prendre en compte.

Le risque d'événements cardiovasculaires existe lors de l'AP et au décours mais reste rare lorsque l'APA est à intensité modérée. L'évaluation initiale du risque cardiovasculaire est réalisée avant la délivrance d'un certificat de non-contre-indication et de la prescription d'APA. Lors du suivi, les signes fonctionnels cardiovasculaires ou pulmonaires à l'effort et au décours sont à rechercher. Le suivi d'une APA est aussi l'occasion de prendre en charge les autres facteurs de risque cardiovasculaire modifiables.

Les dix règles d'or proposées par le Club des cardiologues du sport pour prévenir les accidents cardiovasculaires liés à la pratique sportive peuvent s'avérer utiles même pour la pratique de l'APA [15].

Quels objectifs ?

Fixer des objectifs réalistes et réalisables permet au patient d'avoir un but et de renforcer sa motivation et sa confiance en soi lorsque ces objectifs sont atteints. Les objectifs permettent au praticien d'évaluer de manière reproductible le programme d'APA.

Les objectifs sont de plusieurs ordres.

- *Objectif principal général et prioritaire* : l'amélioration de qualité de vie, à court, moyen et long termes. Elle est objectivée par des questionnaires standardisés. L'impact sur la qualité de vie est précoce et constitue un excellent levier pour l'adhésion au programme. Le patient signale une diminution de la pénibilité pour les actes de la vie quotidienne.
- *Objectifs ciblés sur le contenu du programme* : objectif de réalisation (nombre de pas, nombre de minutes, intensité, etc.).
- *Objectifs ciblés sur le suivi clinique ou biologique, à moyen et long terme* : diminution du stade NYHA de dyspnée, diminution des chiffres tensionnels pour les patients hypertendus, diminution du tour de taille pour les patients en situation de surpoids, diminution de l'HbA1c chez les patients atteints de diabète, etc.

Perspectives

Le non-remboursement des programmes d'APA par l'Assurance Maladie entraîne dans la majorité des cas en ambulatoire un reste à charge non négligeable pour le patient. Le coût de l'activité physique (participation au programme, adhésion à une association, matériel de sport type chaussures adaptées, etc.) rend l'accès à cette prise en charge difficile et peut renforcer les inégalités sociales en santé. La discussion avec le patient lors de la prescription d'APA tient compte du reste à charge pour le patient.

Quelles solutions existent ?

La diminution ou l'absence de reste à charge pour le patient est possible selon les modalités de réalisation de l'APA.

Les structures hospitalières, la réalisation de séances de marche encadrée par les infirmiers ASALEE, les programmes d'APA financés par les conseils régionaux, départementaux ou les ARS, tout comme les programmes de recherche constituent des solutions, de répartitions inégales sur le territoire.

Certaines assurances ou mutuelles proposent également pour leurs assurés des forfaits à l'année pouvant aller de 400 à 600 euros pour des programmes d'APA, anticipant bien là l'efficience très probable de l'APA.

L'organisation du parcours en santé des patients au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), tout comme les protocoles de coopération pluriprofessionnels au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) permettent, par des financements dédiés, une prise en charge du coût des programmes d'APA.

Vers une prise en charge de l'APA ?

Les données d'efficacité et de bénéfices en santé de l'APA sont connues et démontrées. Dans ce contexte, le décret d'application du 30 décembre 2016, relatif à la prescription par le médecin traitant de l'APA à des patients atteints d'affection longue durée (ALD), est entré en vigueur depuis le 1er mars 2017. Les prochaines étapes sont de démontrer la faisabilité de l'APA au sein de notre système de santé puis l'efficience de l'APA à court et moyen terme. On peut supposer des bénéfices sur les coûts en santé à court terme (diminution de la consommation de soins, de médicaments, d'arrêt de travail), moyen terme (diminution des complications des maladies chroniques) et long terme (diminution de l'incidence des maladies chroniques).

Conclusion

Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la promotion d'un mode de vie sain, ayant un impact positif sur la santé du patient. La lutte contre la sédentarité constitue la première étape, quel que soit le niveau d'activité physique du patient. L'AP est pertinente en prévention primaire, secondaire et tertiaire, avec notamment une efficacité démontrée sur la mortalité toutes causes confondues.

La promotion et la prescription d'APA par le médecin généraliste sont possibles après avoir évalué le degré

de motivation, les freins et les leviers à sa réalisation ainsi qu'après avoir vérifié l'absence de contre-indication. Le patient peut ensuite réaliser cette APA soit en autonomie soit encadré par des professionnels formés. Ce choix repose sur les préférences du patient, ses connaissances sur la réalisation d'une APA, son état de santé et son niveau de limitations fonctionnelles.

Remerciements

L'auteur remercie le Pr Daniel Rivière pour sa relecture bienveillante et attentive, ainsi que pour son implication majeure dans le développement de l'activité physique pour tous, dans l'intérêt de tous.

Références

[1] Haute Autorité de santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr/.

[2] Haute Autorité de santé. Conseils à vos patients pour évaluer l'intensité d'une activité physique en endurance. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr/.

[3] Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Rapport d'expertise collective. [En ligne]. Maisons-Alfort: ANSES; 2016. Disponible sur : www.anses.fr/.

[4] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil. [En ligne]. Genève: OMS; 2020. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014886.

[5] Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical activity guidelines advisory committee scientific report. [En ligne]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Disponible : https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf.

[6] American College of Sport Medicine, Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M. ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription. [En ligne]. 10th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2018. Disponible : https://www.acsm.org/read-research/books/acsms-guidelines-for-exercise-testing-and-prescription.

[7] Institut national du cancer. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa; 2017. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr.

[8] Institut national de la santé et de la recherche médicale, Expertise collective. Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques – Une expertise collective de l'Inserm. [En ligne]. Paris: Inserm; 2019. Disponible sur : https://www.inserm.fr/.

[9] AuYoung M, Linke SE, Pagoto S, et al. Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. Am J Med 2016;129(10):1022–9.

[10] Vallée E, Vastel E, Piquet MA, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. Nutr Clin Métab 2017;31(3):194–206.

[11] Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille. WONCA Europe; 2002.

[12] Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. BMC Fam Pract 2013;14:128.

[13] Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité. Confinement national lié à la covid-19 : Recommandations de l'ONAPS. [En ligne]. Clermond-Ferrand: ONAPS; 2020. Disponible sur : https://onaps.fr/confinement/.

[14] Comité national olympique et sportif français. Dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives : le Médicosport-santé. [En ligne]. Paris: CNOSF; 2020. Disponible sur : https://cnosf.franceolympique.com/.

[15] Club des cardiologues du sport. Infos pratiques : Les 10 règles d'or. [En ligne]. Paris: Club des cardiologues du sport. Disponible sur : www.clubcardiosport.com/.

Chapitre 54

Coopération interprofessionnelle, organisation pluriprofessionnelle

Tiphanie Bouchez, Anne Rousseau, Laure Fiquet, Pierrette Meury, Luigi Flora, Grégoire Virot, Jean-Didier Bardet

PLAN DU CHAPITRE

Définitions 517
Modes d'organisation interprofessionnelle en France 519
Compétences facilitant la collaboration. 521

Avec la transition épidémiologique favorisant le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, les besoins de santé ont évolué. Les patients sont plus souvent en situation de multimorbidité, ce qui augmente la complexité des soins. Ces soins chroniques complexes coexistent avec les maladies aiguës ; la COVID-19 a montré l'importance de la continuité des soins et l'enjeu d'organisation ne se centrant pas exclusivement sur la maladie chronique. La nature des soins a évolué avec le développement des approches préventives, de l'éducation thérapeutique et du partenariat avec le patient. La santé sort du « tout médicament » et la rémunération de l'activité médicale évolue avec des rémunérations à la qualité et au forfait. Face à ces nouveaux besoins et à ces nouvelles missions, l'offre de soins se modifie. La démographie médicale décline et de nouveaux rôles naissent, qu'ils s'agissent de nouveaux métiers de santé, de support, ou de la reconnaissance du rôle du patient comme soignant et membre de l'équipe de soins. L'exercice médical évolue vers l'exercice en groupe et en équipe. Ces nouvelles organisations, objet de ce chapitre, sont accompagnées de production de connaissances par l'évaluation de leurs effets et l'analyse de leurs modes de fonctionnement. Par le financement de nouvelles missions, les maisons de santé pluriprofessionnelles les plus matures ont par exemple montré une baisse des coûts de santé, une amélioration de la qualité et de l'accès aux soins et un rééquilibrage de la démographie en santé sur leur territoire [1, 2].

Le médecin généraliste construit son projet professionnel dans un environnement évolutif qui l'incite à travailler avec les autres acteurs de soins et avec de nouveaux outils, autour de patients et de situations complexes. Ce « travailler-ensemble » a montré une amélioration de la qualité des soins. Qu'entend-on par « travailler-ensemble » ? Qu'existe-t-il en France ? Comment s'y préparer ?

Définitions

La collaboration interprofessionnelle est définie par l'OMS comme une pratique professionnelle impliquant « *plusieurs professionnels de santé issus de différentes origines professionnelles [qui] exercent ensemble avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins possible* » [3]. Cette définition a été complétée par plusieurs auteurs. Zwarenstein et al. précisent qu'il s'agit d'un processus « *dans lequel différents professionnels travaillent ensemble dans le but d'avoir un impact positif sur les soins. La collaboration interprofessionnelle implique un accord négocié entre les professionnels ; cet accord valorise l'expertise et les contributions que divers professionnels de santé apportent aux soins des patients* » [4]. Ces deux définitions pointent que la collaboration interprofessionnelle implique un « travailler-ensemble » de personnes de professions différentes avec et au bénéfice du patient (médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, auxiliaires de vie, assistants sociaux, etc.). La collaboration interprofessionnelle n'est pas tant une finalité qu'une posture de travail, un outil, au service de la qualité des soins [4]. Les travaux de Vanier et al. intègrent le partenariat avec les patients et le public à ces définitions [5] : il s'agit d'une relation de collaboration entre le patient, ses proches, les intervenants de la santé et des services sociaux, qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages, et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées du patient et l'atteinte de résultats de santé optimaux. Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, notamment les savoirs expérientiels des patients acquis au fil de la vie avec la maladie, cette relation consiste à planifier et coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

En France, les termes « pluridisciplinaire » et « pluriprofessionnel » sont souvent utilisés, sans réelle distinction. Le terme de discipline renvoie principalement aux domaines d'étude scientifique. Il s'agit d'un construit social visant à créer un espace de significations partagées possédant ses propres règles [6]. Dans le domaine de la santé, les disciplines renvoient traditionnellement aux sciences médicales. Les sciences infirmières commencent seulement à s'implanter dans les milieux académiques. Pourtant certains professionnels ne se reconnaissent pas dans la notion de discipline. Ils ne veulent pas être considérés comme appartenant aux sciences médicales. Le terme de profession renvoie quant à lui aux valeurs et aux normes communes à l'ensemble des personnes exerçant le même métier. Les professionnels de santé exercent un métier, au sens où ils ont une qualification professionnelle et une spécialisation [7]. Ils sont reconnus comme des professionnels.

Lorsqu'on évoque le travail collaboratif des professionnels de santé, on évoque le plus souvent une équipe pluriprofessionnelle ou un travail interprofessionnel. Ces termes renvoient à des réalités différentes dans le « travailler-ensemble ». La pluriprofessionnalité évoque des actions, des fonctionnements, où chaque profession garde son propre point de vue sur la situation. Il s'agit d'organisation de la pratique fondée sur la juxtaposition des compétences avec des interactions limitées et transitoires entre professionnels. L'interprofessionnalité implique une réelle interaction entre les différents professionnels où chacun a sa place. Il s'agit alors de passer d'une logique de professionnalisation à une logique de collaboration. Dans cette organisation de la pratique, les professionnels partagent des objectifs communs et un processus commun de décision (cf. encadré). La transprofessionnalité est une organisation de la pratique qui favorise l'échange volontaire de compétences entre professionnels aux référentiels nécessairement différents de socles professionnels différents. Cela va au-delà de la délégation de tâches qui repose sur des compétences communes ou une acquisition rapide de compétences. En effet, dans cette organisation de pratiques, les territoires professionnels sont dépassés. Ce dernier concept reste encore très théorique.

La classification liée aux pratiques interprofessionnelles n'est pas fixe. Xyrichis et al. [8] en proposent une nouvelle en distinguant le réseau interprofessionnel, la coordination interprofessionnelle, la collaboration interprofessionnelle et le travail en équipe (figure 54.1). Cette typologie repose sur l'évaluation de six dimensions :

- le sentiment d'attachement au groupe interprofessionnel ;
- l'identité intrinsèque du groupe ;
- les objectifs du groupe ;
- la différenciation des rôles et responsabilités au sein du groupe ;
- l'interdépendance du groupe ;
- l'intégration de pratiques professionnelles.

Dans cette classification, le travail en équipe est la forme la plus évoluée de pratique interprofessionnelle. La collaboration se distingue de la coordination par une pratique interprofessionnelle plus évoluée en termes de rôles et responsabilités, d'interdépendance et d'intégration des pratiques professionnelles.

Cette classification ne met pas en valeur le processus dynamique associé aux pratiques interprofessionnelles. Le « travailler-ensemble » repose sur une expérience de confiance et d'interdépendance, processus évolutif, non constant entre un ou plusieurs individus, qui peut également régresser. Dans la pratique, le processus de travail collaboratif implique certains niveaux d'autonomie d'un ou plusieurs professionnels hors de leurs territoires professionnels initiaux, imposant une renégociation autour des définitions des rôles et responsabilités de chacun. De même, il s'agit d'un processus asymétrique. Tous les professionnels du groupe ne partagent pas nécessairement le même niveau de sentiment d'attachement ou d'identité intrinsèque, d'où l'importance des leaders et de leur renouvellement.

Dans la pratique quotidienne du soin, il existe une gradation de la collaboration. Toutes les situations n'appellent pas le même degré de collaboration et le praticien mobilise le degré ajusté au patient ou à la population visée, au bon moment d'une trajectoire de santé (cf. encadré). Le travail

Illustration pratique

Concepts de pluriprofessionnalité et interprofessionnalité à partir de l'exemple d'une personne âgée traitée pour un diabète compliqué d'un mal perforant plantaire

Pluriprofessionnalité

L'infirmier passe au domicile, fait le pansement de la plaie et l'injection d'insuline, laisse un mot dans le dossier papier présent sur place. Le kinésithérapeute passe faire sa séance de rééducation et consigne la progression dans le dossier ainsi que l'apparition d'une fessalgie, à l'attention du médecin. Le médecin passe, renouvelle la prescription d'insuline, prescrit un antalgique pour la fessalgie et note l'évolution du patient dans le dossier.

Interprofessionnalité

Au retour à domicile du patient après son hospitalisation, l'équipe organise son agenda pour passer un temps de concertation au domicile du patient. Ensemble, ils font un diagnostic de situation et décident un plan de soins, rédigé et consigné dans le dossier. Le kinésithérapeute appelle le médecin lorsqu'il constate la fessalgie avant de décider ensemble s'il convient de réajuster le plan de soins.

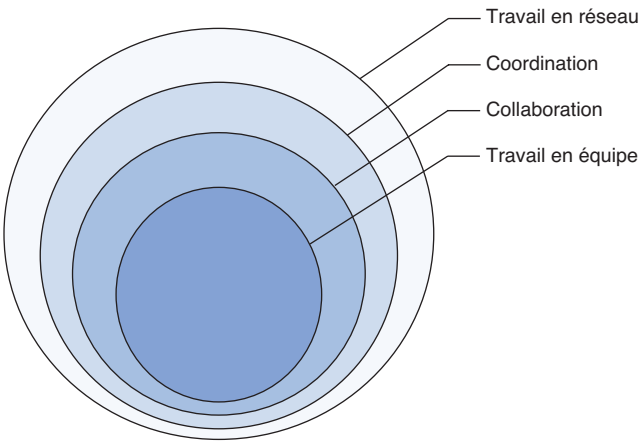


Fig. 54.1 Différentes formes de pratiques interprofessionnelles selon Reeves (2010).
(D'après : Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care: Reeves/Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010.)

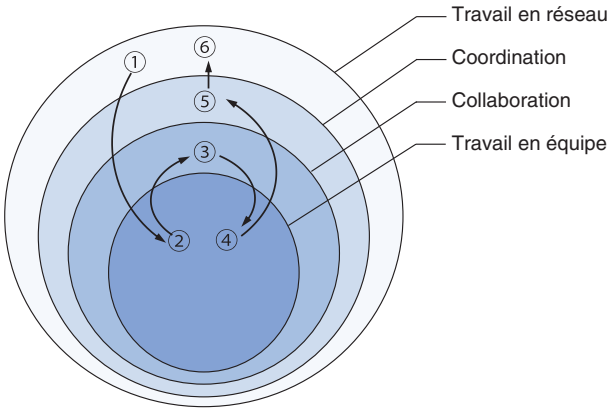
en équipe consomme du temps et de l'énergie, une utilisation efficiente est nécessaire.

Les formes de collaboration présentées dans ce texte sont centrées sur les soins primaires. Il en existe d'autres selon les professions engagées et les spécificités des frontières et chevauchement de leur champ de compétences.

Parcours emblématique d'une patiente âgée

Illustration pratique des niveaux d'interprofessionnalité de Reeves

Les différents niveaux d'interprofessionnalité mobilisés au moment adapté dans un même parcours de soins peuvent être illustrés dans l'exemple suivant d'une personne âgée atteinte de gonarthrose sévère vivant à domicile.



1. L'accompagnement de ses questions de santé est assuré par différents professionnels travaillant en réseau : infirmier, kinésithérapeute, médecin généraliste et/ou d'autre spécialité.
2. Le jour de la pose de sa prothèse totale de genou : elle est opérée par les soignants du bloc opératoire travaillant en équipe et exerçant une interprofessionnalité de chaque instant.
3. Par la suite, elle est prise en charge pour les soins postopératoires dans le service de chirurgie orthopédique L'équipe de ce service met en place une collaboration quotidienne symbolisée par les temps de transmissions entre soignants.
4. La première nuit, cette patiente est retrouvée au sol. Dans cette situation d'urgence et d'incertitude, les soignants de nuit élaborent un travail d'équipe bref, induit par les enjeux potentiels de cette chute.
5. La situation se stabilise et la patiente se rend ensuite dans un établissement de soins de suite et de réadaptation Elle est prise en charge par une équipe de soignants et de rééducateurs (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecin rééducateur) se coordonnant dans la construction du projet de soin et réalisant chacun sa prise en charge spécifique séparément.
6. Enfin, c'est le retour à domicile et la réactivation du réseau de soignants de la patiente.

Modes d'organisation interprofessionnelle en France

De l'innovation de terrain à la réglementation

Une large part de collaboration informelle s'observe en soins primaires en France. C'est une collaboration de proximité, issue d'expériences de soins vécues ensemble qui ont fait naître le souhait et l'habitude de travailler ensemble. La connaissance du champ de compétences de l'autre, de ses aptitudes, de son mode de fonctionnement se solidifie au fil des expériences communes pour aboutir à un réseau de collaborations plus ou moins stable sur le territoire. Selon les professionnels choisis par le patient, selon les circonstances, la majorité des acteurs médico-sociaux créent in fine un réseau informel, adapté au contexte local et au patient.

Le rapprochement sur un lieu commun d'exercice permet d'accroître la collaboration. Fournier et al. [10] observent que plus le temps d'exercice au sein du même lieu augmente, plus les résultats issus de la collaboration sont visibles. Le partage d'un même support de recueil de données et le temps dédié à des réunions de concertation semblent également accroître la collaboration.

De ces collaborations informelles de terrain sont nées de nouvelles formes de collaboration, des innovations en organisation des soins. Ces innovations ont été observées par les tutelles sanitaires puis formalisées et inscrites dans le cadre de la loi.

Des évolutions réglementaires et professionnelles ont été nécessaires pour accompagner l'évolution de la répartition des rôles et responsabilités et par là même faire émerger de nouvelles professions. La place du médecin est centrale dans le parcours de soins du patient. La relation entre le médecin et les autres professionnels de santé est principalement régie par la prescription de soins. Cette prescription du médecin vers un professionnel de santé concerne un ensemble d'actes figurant dans les décrets de compétences des formations initiales de chaque professionnel. Il s'agit, par exemple, de la prescription de l'injection du vaccin antitétanique par un infirmier ou encore la prescription de médicaments listés impliquant une dispensation par un pharmacien.

La collaboration interprofessionnelle peut intégrer la délégation de tâche d'un professionnel vers un autre. C'est l'action par laquelle un professionnel de santé confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. Elle comprend l'idée de supervision : la responsabilité du délégant reste engagée du fait de la décision de déléguer et la responsabilité du délégué est elle aussi engagée dans la réalisation de l'acte. Cette délégation n'est possible que dans le cadre de l'article 51 de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST), entre des personnes identifiées et liées par un protocole soumis à l'ARS et la HAS et validé par un arrêté au *Journal officiel*. Il s'agit, par exemple, de transférer à un infirmier la gestion de l'ajustement des posologies d'anticoagulant oral en fonction de l'INR ou de la réalisation d'un repérage de troubles mnésiques.

Le transfert de compétence est défini comme l'action de déplacer la compétence d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont alors autonomes dans la décision et la réalisation. En mars 2020, six protocoles de coopération interprofessionnelle ont été validés par la HAS. Ils concernent des transferts de compétences du médecin vers les infirmiers diplômés d'État, les kinésithérapeutes et les pharmaciens d'officine — exerçant tous en structures pluriprofessionnelles. Il s'agit par exemple de la prise en charge par le kinésithérapeute d'un patient atteint d'entorse

de cheville : diagnostic, prescription si nécessaire des cannes anglaises, d'un arrêt de travail, d'une radiographie et des soins de kinésithérapie. Concernant les infirmiers diplômés d'État et les pharmaciens d'officine, il s'agit par exemple de la prise en charge d'une cystite simple non compliquée de la femme de 16 à 65 ans par antibiothérapie probabiliste.

La délégation de tâche et le transfert de compétence peuvent se faire à destination de corps professionnels existants ; dans le cas de transfert de compétences, il est également possible d'envisager la création de nouveaux métiers lorsque cela est pertinent et de faire évoluer la formation du corps professionnel.

Dans tous les cas, le professionnel qui se voit prescrire ou déléguer un acte de soin doit posséder les compétences nécessaires et être couvert par une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP).

La délégation de tâche et le transfert de compétences ne sont pas les seules dynamiques professionnelles mises en jeu dans le « travailler-ensemble ». On retrouve également des phénomènes de diversification et de spécialisation. Dans la collaboration en santé, la diversification a été historiquement la première mise en jeu avec l'éducation thérapeutique du patient (ETP). La diversification consiste à développer une ou des nouvelles activités plus ou moins proches du cœur de métier de la structure tout en restant dans son périmètre professionnel. La spécialisation, quant à elle, est le phénomène qui permet à un professionnel d'évoluer dans un de ses champs de compétences. Le bilan partagé de médication réalisé par le pharmacien d'officine en est un exemple. C'est un acte expert dans l'analyse pharmaceutique, analyse plus complète puisqu'elle intègre non seulement l'ensemble des produits de santé prescrits et non prescrits pris par la personne mais aussi ses comorbidités, sa gestion des traitements et ses comportements en santé, dont l'adhésion. Ces éléments sont recueillis lors d'un entretien pharmaceutique spécifique. Il s'agit aussi d'un acte interprofessionnel puisqu'il implique une relation privilégiée avec le médecin généraliste pour le ciblage des patients et pour la définition du plan de soin conjoint suite à l'analyse pharmaceutique réalisée.

Exemples d'organisations

Sont présentées ici quelques-unes des organisations françaises visant à faciliter la collaboration interprofessionnelle, allant d'un binôme à une équipe de dizaines de professionnels.

Le médecin généraliste, même isolé, peut travailler en collaboration avec un infirmier délégué en santé publique (IDSP). Depuis 2004, l'association ASALEE (action de santé publique en équipe) rémunère des IDSP en exercice aux côtés des médecins généralistes ayant choisi de signer un protocole d'exercice avec eux. Les missions sont centrées sur les besoins des patients et portées par un axe d'ETP auquel s'intègrent des actes dérogatoires définis par protocole. Les IDSP sont salariés ou rémunérés en prestation libérale par l'association. Les médecins orientent les patients volontaires vers l'infirmier qui les reçoit en entretien individuel ou en séances collectives. Les IDSP assurent des actions de dépistage, de prévention, d'ETP, de coordination de parcours, d'accompagnement. Ils intègrent une synthèse au dossier médical auquel ils ont accès. Des réunions de concertation hebdomadaires ancrent la collaboration par un partage et une construction commune centrée sur le patient. L'association place la pluriprofessionnalité au centre de toute action, de la formation à la construction de projets et d'innovations dans l'exercice clinique ou la recherche. Le recueil de données et le partage d'expérience au niveau territorial et national sont des outils d'un processus constant d'amélioration. Un soutien par une équipe support composée d'acteurs aux compétences complémentaires est en appui aux équipes soignantes.

Le médecin généraliste peut également depuis 2018 collaborer avec un infirmier en pratique avancé (IPA) (art. 119 de la loi de modernisation de notre système de santé). Il s'agit d'un infirmier qui a au moins 3 ans d'expérience et qui a validé en 2 ans un diplôme d'État reconnu au grade master IPA. En soins primaires, on retrouve essentiellement des IPA formés à la mention « pathologies chroniques stabilisées », prévention et polypathologies courantes en soins primaires. Sur la base d'un protocole d'organisation, le médecin généraliste confie à l'IPA des patients atteints de maladies chroniques pour lesquelles il est spécifiquement formé. L'IPA exerce en pleine responsabilité, en collaboration avec un médecin généraliste ou un autre spécialiste, en soins primaires ou à l'hôpital. L'IPA est habilité à réaliser un examen clinique, un entretien et une anamnèse dont le but est de repérer précocement les éventuelles complications associées aux maladies chroniques. L'IPA réalise certains actes à visée diagnostique en cabinet de ville ou prescrit des examens biologiques, des examens radiologiques afin d'explorer l'orientation clinique et d'orienter vers le médecin tout patient qui débuterait une décompensation. L'IPA, dans le cadre du suivi, renouvelle des traitements médicamenteux et adapter les posologies pour certaines thérapeutiques, prescrit les dispositifs et médicaments à prescription médicale non obligatoire et renouvelle des soins infirmiers. L'IPA développe ses missions transverses dans une approche interprofessionnelle au niveau de la structure ou du territoire. Ce professionnel conserve les compétences et missions de l'infirmier. L'association ASALEE compte la plus grande proportion des IPA exerçant en soins primaires, le modèle de rémunération des IPA libéraux rendant difficilement possible leur implantation en exercice libéral. Le modèle fondé sur un forfait trimestriel ne leur permet pas de répondre aux besoins des patients avec une qualité optimale de service.

Pour des problèmes de santé plus spécifiques, le médecin généraliste peut collaborer avec des réseaux interprofessionnels [11]. Par exemple, les réseaux de santé en périnatalité regroupent l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance : professionnels médicaux et non médicaux, hospitaliers et de soins primaires, du champ sanitaire et médico-social (le centre de PMI, la sage-femme libérale, le gynécologue hospitalier, le généraliste, le psychologue du centre médico-psychopédagogique, etc.). Il vise à coordonner les acteurs, organiser l'offre et le parcours de soins et informer les usagers. Ils peuvent également être à l'origine de l'inclusion de patients vers des réseaux de soins thématiques, où le patient pourra bénéficier d'une offre le plus

souvent en ETP. D'autres exemples sont les réseaux de soins palliatifs ou d'addictologie.

D'autres médecins peuvent souhaiter exercer en équipe. Le premier degré de collaboration en équipe a été appelé par la loi une équipe de soins primaires (ESP) : elle est constituée de tout professionnel de santé de premier et second recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel de santé paramédical, regroupés ou non sur un même site et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients (art. L. 1411-11-1 du Code de la santé publique).

La forme la plus ancienne de l'exercice en équipe en France est celle des centres de santé (CDS). Héritiers des dispensaires de charité puis des centres ouvriers et associatifs, ils sont le plus souvent financés par des municipalités ou des mutuelles. Les professionnels de santé y sont majoritairement salariés. Les CDS étaient minoritaires et tendent depuis les années 2010 à se multiplier et à se développer en région. En 2019, 691 centres de santé polyvalents, c'est-à-dire où exercent des généralistes, étaient recensés en France [12].

La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est inscrite dans la loi depuis 2007 comme une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (art. L. 6323-3 du Code de la santé publique). Ces professionnels, dont au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical conventionné, assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Ils peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ces professionnels de santé sont majoritairement libéraux et peuvent exercer dans les mêmes locaux ou non. Cet exercice en structure regroupée n'exclut pas la collaboration avec une IDSP ou une IPA.

Les professionnels d'une ESP (dont les MSP et les CDS) sont liés par l'engagement dans un projet de santé. Il est construit à partir d'un diagnostic de territoire qui identifie les besoins de santé et les ressources humaines et structurelles disponibles. Le diagnostic et le projet de santé sont validés par les autorités sanitaires, qui financent une partie des actions des MSP qui le souhaitent par l'enveloppe financière de l'accord-cadre interprofessionnel de la convention de l'Assurance Maladie [13].

Il existe depuis 2017 des maisons et centres de santé universitaires (MSP-U, CDS-U) qui contribuent à produire de la connaissance en soins primaires et à former les étudiants des professions de soins de santé primaires (art. 118 de la loi de modernisation de notre système de santé).

Sur un territoire, une organisation de plusieurs structures regroupées et de cabinets isolés peut se faire autour d'un projet de santé commun en lien avec le projet régional de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours de patients (art. L. 1434-12 du Code de la santé publique). Le territoire dépasse celui d'une patientèle : il existe quatre tailles de CPTS, de moins de 40 000 à plus de 175 000 habitants. Le projet doit être validé par l'ARS. Dès lors, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sera signé, permettant à la CPTS de recevoir un financement pour des actions, un projet et une organisation fixés dans un cahier des charges. Une évaluation régulière est réalisée afin de renouveler l'enveloppe budgétaire selon l'atteinte des objectifs fixés et le respect de critères organisationnels.

Les MSP et CPTS sont le plus souvent constitués avec une forme juridique de SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), seule forme juridique autorisant le partage d'honoraires entre professionnels de santé de professions différentes.

Ces nouvelles formes d'organisation en MSP et en CDS permettent l'émergence d'innovations en termes de travail et en termes de rémunération. Des expérimentations d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) débutent en 2020 dans des structures pilotes. Elles expérimentent une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé de ville, libre de répartition. L'équipe perçoit un forfait par patient et par an, soit pour toute la patientèle de médecin traitant des médecins généralistes engagés, soit spécifiquement pour les patients de plus de 65 ans ou diabétiques. Des travaux de recherche sur cette innovation permettront de juger des transformations produites et de son efficience.

Compétences facilitant la collaboration

Réussir à travailler ensemble entre différentes professions de santé ne s'improvise pas. Si les professionnels de santé constituent naturellement des réseaux de santé avec ceux qui les entourent, il importe de développer des compétences collaboratives pour passer de pratiques individuelles à des pratiques collaboratives. Au-delà de la technique, des connaissances et des compétences, il s'agit d'un état d'esprit, de méthodes de travail et de communication. Cela permet aux différents professionnels de santé de travailler avec les autres et avec le patient pour construire un plan de soins.

Des fondements du « travailler-ensemble »…

La collaboration interprofessionnelle repose sur deux concepts clefs : la confiance et l'interdépendance. La confiance est le principal ressort de la dynamique du processus de collaboration. Elle se construit sur des expériences positives, la fiabilité et la disponibilité de chacun des intervenants. L'interdépendance est quant à elle la perception d'intérêts communs et réciproques qu'ont les membres de l'équipe interprofessionnelle. En santé, notre intérêt commun est le patient.

… vers une compétence en collaboration interprofessionnelle

« *Une compétence comprend un ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes qui, lorsque couplés à un bon jugement et mobilisés dans un contexte spécifique de soins de santé et de services sociaux, permettent aux patients et aux intervenants d'obtenir des résultats de santé optimaux* [14]. »

Pour décrire ces compétences, chaque profession de santé dispose d'un référentiel de compétences. Il permet de définir et structurer pour chacune les dimensions et les savoirs, habiletés et attitudes associées. En situation professionnelle, le professionnel de santé démontre sa compétence lorsqu'il mobilise et combine les savoirs, savoir-faire, savoir-être utiles et pertinents dans la situation donnée. Être compétent est « *savoir-agir* ».

Le référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux propose une compétence « Partenariat » (figure 54.2) qui est une « *compétence de planification, de mise en œuvre et de suivi de soins de santé et des services sociaux* » [3, 14].

Dans ce modèle, les patients et les intervenants se coordonnent afin de répondre aux besoins et à la situation du patient. Les interventions sont concertées, personnalisées, intégrées et continues. La compétence « Partenariat » repose et se nourrit de sept compétences transversales et mobilisables dans divers degrés selon la situation.

La première d'entre elles est la compétence en lien avec le travail d'équipe. Ainsi, patients partenaires et professionnels de santé de l'équipe mettent en œuvre les processus d'équipe et de dynamique de groupe pour atteindre un fonctionnement optimal. Il s'agit de maintenir une dynamique d'équipe centrée sur l'engagement commun, d'organiser le groupe, d'intégrer les pratiques professionnelles de chacun par la mise en œuvre d'une concertation pour la prise de décisions et enfin d'évaluer l'équipe. Le résultat du groupe dépend donc de l'interdépendance de ses membres, c'est-à-dire des décisions et des choix de chacun.

La clarification des rôles et des responsabilités témoigne de la compréhension mutuelle des rôles et responsabilités de chacun. Cela suppose d'identifier les compétences propres à chaque profession afin de favoriser le plein exercice des rôles et responsabilités de chacun au sein de l'équipe et aussi d'identifier des zones de chevauchement entre les membres de l'équipe pour partager les tâches de façon optimale.

La communication entre les différents membres de l'équipe est également un élément clef. Elle est importante tant sur la forme que sur le fond. Elle doit être ouverte et multilatérale afin de favoriser un climat d'ouverture, de respect et de confiance et de partager l'information pertinente de façon claire, concise et sécuritaire.

L'éducation à la santé permet la compréhension globale et partagée du patient, de ses maladies et de ses facteurs de risque de maladie ainsi que ses besoins prioritaires. Ainsi, patients partenaires et professionnels de santé de l'équipe s'engagent dans une démarche continue d'apprentissage, ce qui permet de bâtir progressivement une relation de confiance et de créer une démarche réflexive face à leur démarche commune.

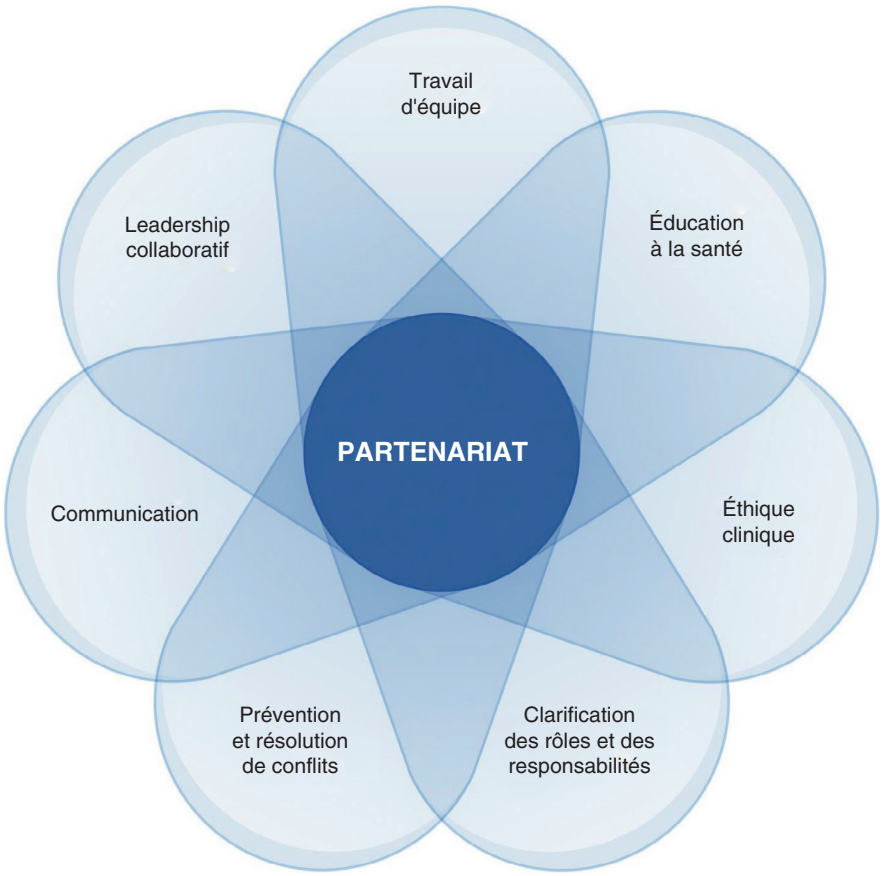


Fig. 54.2 Modèle de partenariat de soins et de service du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'université de Montréal.
(Source : Deschênes B, Jean-Baptiste A, Matthieu E, Mercier A-M, Roberge C, St-Onge M. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre les intervenants et le patient. Québec : RUIS de Montréal ; 2014.)

Le leadership collaboratif contribue à la construction d'une vision commune en vue de soins et de services optimaux. Il suppose le respect mutuel entre patients partenaires et professionnels de santé de l'équipe pour la mise à profit des compétences de chacun et ainsi soutenir l'équipe vers l'atteinte de sa mission et de ses objectifs.

La collaboration interprofessionnelle repose également sur une éthique clinique. Face à un problème éthique, les membres s'engagent de bonne foi — avec franchise et droiture — dans un dialogue, afin d'assurer que le patient soit accompagné au long d'un processus de prise de décision libre et éclairée. Cette compétence requiert une analyse et une résolution de la situation ainsi qu'un bilan réflexif sur la démarche.

Les membres de l'équipe s'engagent activement dans la prévention et la résolution efficaces des conflits au sein de l'équipe. Les conflits ne sont pas un problème en soi. Les raisons des conflits à l'intérieur d'un groupe peuvent être liées à l'incertitude des objectifs, à l'évolution des compétences, au manque de partage d'information ou à la moindre interdépendance des tâches. La collaboration interprofessionnelle requiert donc des aptitudes pour déceler et désamorcer les situations qui peuvent créer des tensions et pour participer à la résolution des conflits en équipe.

Compétences à acquérir

La mise en place d'une collaboration interprofessionnelle prend appui sur un ensemble de compétences complexes et multifactorielles. Ces référentiels sont des repères pour jalonner l'action et l'exercice de soins. Ils ne comprennent pas tout ce qui s'organise dans le soin et la relation. Il est donc parfois délicat de transposer ces différents concepts dans la pratique quotidienne. Pour cela, de nombreux référentiels de compétences sont traduits en objectifs pratiques ou objectifs d'apprentissages [15, 16]. La collaboration interprofessionnelle est ainsi précisée en identifiant les tâches à maîtriser et les objectifs à fixer pour mettre en place cette compétence dans la pratique professionnelle. *The Interprofessional learning competency statements* place la reconnaissance et l'utilisation des compétences des autres professions de santé comme un élément clef à acquérir. Les interactions entre les membres d'un même groupe ont donc pour vocation à clarifier les points de vue et les représentations, et à favoriser les échanges et apprentissages entre professionnels. Chacun évalue les compétences professionnelles propres des autres et exprime ses attentes personnelles vis-à-vis de la collaboration interprofessionnelle.

Pour mettre en place une pratique collaborative, un professionnel de santé doit être capable :

- d'expliquer la prise en charge en interprofessionnalité aux patients, familles et autres professionnels ;
- de décrire les champs cliniques et activités des autres professionnels de santé ;
- d'exprimer son opinion professionnelle de manière respectueuse, confidentielle, en évitant le jargon inhérent à sa discipline ;
- de construire le projet thérapeutique (objectifs et priorités) en impliquant les autres professionnels ;
- d'identifier les opportunités permettant d'améliorer la prise en charge des patients via l'implication des autres professionnels ;
- de reconnaître et résoudre des désaccords, à propos de la prise en charge du patient, provenant des divergences de points de vue de chaque discipline ;
- d'évaluer de manière réfléchie les protocoles et pratiques en relation avec l'interprofessionnalité ;
- de prodiguer à ses collègues d'autres professions des feedbacks instructifs et pertinents en temps voulu, et de répondre de manière respectueuse aux feedbacks de ces collègues.

Plusieurs éléments sont importants à développer. D'abord, pour travailler ensemble au mieux, il faut pouvoir clarifier les rôles de chacun. Ainsi, le premier axe de travail consiste à prendre conscience des représentations que chaque professionnel a de l'autre et de la place du patient dans l'équipe de soins. Il s'agit aussi de connaître les champs de compétences de chacun. Enfin, apprendre à œuvrer ensemble dans un esprit de collaboration nécessite de comprendre comment fonctionne une équipe et comment il est possible de résoudre les conflits interprofessionnels.

Le développement de compétences collaboratives est facilité si les futurs professionnels de santé apprennent ensemble et avec le patient. Les formations interprofessionnelles sont des formations qui réunissent au moins deux professions qui s'engagent dans des processus d'apprentissage conjoints et réciproques. Elles leur permettent de mieux se connaître et de collaborer dans une visée d'amélioration de la qualité des soins, qui passe par la qualité de la relation [17]. Plus les professionnels sont exposés aux autres futurs membres de l'équipe de soins tôt dans leur formation, plus ils ont le potentiel d'être ouverts au « travailler-ensemble » et à l'apprentissage interprofessionnel en partenariat avec le patient. La confiance dans la solidité des compétences cliniques des autres professionnels de l'équipe est un préalable à une véritable collaboration interprofessionnelle. Cette confiance inclut celle envers les compétences autocliniques et psychosociales du patient, dans le cadre de sa trajectoire de soins et de sa vie avec sa ou ses maladies.

Les infirmiers l'intitulent par exemple « Organiser et coordonner les interventions soignantes » et les kinésithérapeutes « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe ». Pour les médecins généralistes, la collaboration interprofessionnelle est retrouvée dans la compétence « Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ». Le praticien est capable de « Collaborer avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient » (cf. chapitre 46 et chapitre 58).

Pour aller plus loin, d'autres référentiels internationaux majeurs permettent d'enrichir la définition de la compétence de collaboration interprofessionnelle, notamment le *Core competencies for interprofessional collaborative practice*.

Freins et facilitateurs des pratiques collaboratives

Même si un professionnel a acquis des compétences collaboratives, un ensemble d'éléments relatifs aux autres professionnels, à l'organisation du travail ou à l'équipe de soins peuvent faciliter ou freiner la mise en pratique concrète de cette collaboration [5] (tableau 54.1). On retrouve tant des

Tableau 54.1 **Obstacles et facilitateurs de l'implantation des pratiques collaboratives interprofessionnelles [5].**

Obstacles
– Le manque de temps, d'espace et de ressources – Les différences de culture entre les organisations – Les rivalités historiques interpersonnelles et intraprofessionnelles – Les jargons professionnels et une communication inadéquate entre les professionnels – Les différences dans l'organisation des tâches et des horaires professionnels – Les différences liées aux statuts et aux titres professionnels – Les différences entre les lois et les règlements qui régissent les professions, ainsi que les exigences en matière de formation – La crainte de la perte d'identité professionnelle – Les différences sur le plan des responsabilités, de la rémunération et des mécanismes de reconnaissance – Le manque de clarté des rôles professionnels – L'absence de leadership professionnel ou organisationnel
Facilitateurs
– Le respect mutuel – La confiance en soi et envers les autres – Un partage des pouvoirs et une reconnaissance de la complémentarité des savoirs scientifiques des professionnels et des « savoirs de la vie » acquis par les patients sur leur(s) maladie(s) – Un leadership administratif et clinique partagé – Une définition claire des rôles et responsabilités – Des moyens de communication adaptés aux contraintes des différents professionnels, patients, voire proches – Une formalisation des processus* – Une gestion prompte et rigoureuse des conflits entre professionnels ou entre professionnels et patients, axée sur la recherche de solutions communes

* Par exemple à travers la description écrite des rôles de chaque membre de l'équipe ou des professionnels participant au plan de soin (particulièrement utile en maison de santé) ou la rédaction d'un plan d'intervention interdisciplinaire avec le patient (comme dans nombre de programmes personnalisés d'ETP).

facteurs intrapersonnels et relationnels que des facteurs extrapersonnels et contextuels. L'identification et la prise en compte de ces facteurs sont nécessaires pour mettre en place ou améliorer la collaboration interprofessionnelle dans une équipe, une institution ou un cabinet.

Parmi les freins inhérents à la pratique collaborative, la question de l'identité professionnelle est importante. Travailler avec d'autres peut faire craindre de perdre son identité. Cela nécessite d'accepter de s'interroger sur ses champs de compétences et ses carences. Les champs de compétences partagées (par exemple, le suivi gynécologique des femmes par les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes ; la rééducation périnéale par les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes) peuvent engendrer un sentiment de concurrence. La question de la prescription et du pouvoir que cela génère limite parfois le travail avec les autres, ainsi que la traditionnelle position hiérarchique du médecin qui est le pivot de l'organisation des soins. Des rivalités historiques alimentées lors des cursus de formation peuvent entraver les formes collectives de travail. De même, la question de la responsabilité professionnelle est souvent mise en avant pour limiter le travail avec d'autres. Des différences de culture ou de langage professionnels peuvent générer une communication inadéquate. Toutes ces questions sont évoquées lors des cursus de formation pour amener les professionnels à réfléchir et à construire avec d'autres professionnels leur mode d'exercice.

Il existe des barrières plus structurelles à la collaboration interprofessionnelle. Le manque de temps et les difficultés à trouver des temps communs du fait d'organisations professionnelles différentes peuvent constituer autant d'obstacles. En effet, les infirmiers se déplacent à domicile, les pharmaciens d'officine doivent être présents sur toute la durée d'ouverture de la pharmacie, les médecins consultent toute la journée, etc. Les modes de rémunération à l'acte, majoritaires en soins primaires, ne permettent pas de reconnaître le temps nécessaire à la collaboration interprofessionnelle. Les MSP peuvent limiter ce frein grâce à des financements dédiés pour la constitution des protocoles communs entre professionnels ou pour la participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelles. Enfin, des outils de communication sans interopérabilité entre eux peuvent être un frein en raison de l'aspect chronophage de multiples saisies. Ces outils et notamment le logiciel commun doivent être réfléchis en équipe.

Pour les projets de MSP ou de CDS, le montage du projet, une longue période de gestation et des procédures contraignantes peuvent freiner les projets de collaboration plus ambitieux. La gouvernance de ces organisations peut aussi constituer un frein avec un épuisement des professionnels de santé en particulier des leaders.

Cette acquisition de compétences de collaboration interprofessionnelle avec le patient nécessite des formations spécifiques en partenariat avec les patients au long du processus. Les formations interprofessionnelles pendant les cursus de formation peuvent être des occasions intéressantes. Pour les professionnels déjà installés, de nombreuses formations continues sur ces thématiques, impliquant des patients partenaires se développent. Il n'est jamais trop tard pour mieux collaborer.

Références

[1] Mousquès J, Danel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Questions d'économie de la santé. Paris: IRDES ; 2015.

[2] Mousquès J, Danel F, L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la santé. Paris: IRDES ; 2015.

[3] Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. J Allied Health 2010 ;39(Suppl 1):196–7.

[4] Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009 ;3, CD000072.

[5] Vanier M-C, Flora L, Lebel P, Un professionnel de sante qui exerce en collaboration : la pratique collaborative en partenariat avec le patient. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé. De Boeck: Louvain la Neuve (Belgique) ; 2016.

[6] Edgar Morin. Sur l'interdisciplinarité. Centre international de recherches et études transdisciplinaires (CIRET). [En ligne]. Paris:

CIRET. Disponible sur : https://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php.

[7] Dubar C, Tripier P, Boussard V. Sociologie des professions. 4e édition. Malakoff: Armand Colin ; 2015.

[8] Xyrichis A, Reeves S, Zwarenstein M. Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). J Interprof Care 2018 ;32(4):416–25.

[9] Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care: Reeves/Interprofessional Teamwork for Health and Social Care]. Oxford, UK: Wiley-Blackwell ; 2010.

[10] Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé. Paris: IRDES ; 2018.

[11] Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. J Interprof Care 2018 ;32(1):1–3.

[12] Rapport d'activité 2019. Fédération nationale des centres de santé. [En ligne]. Montreuil: FNCS ; 2019. Disponible sur: https://www.fncs.org/.

[13] Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. [En ligne]. 2017. Disponible sur : https://www.ameli.fr/.

[14] DCPP et CIO-UdeM. Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec: Université de Montréal ; 2016.

[15] Thistlethwaite J, Moran M. World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. J Interprof Care 2010 ;24(5):503–13.

[16] O'Keefe M, Henderson A, Chick R. Defining a set of common interprofessional learning competencies for health profession students. Med Teach 2017 ;39(5):463–8.

[17] Barr H. Ends and means in interprofessional education. Educ Health 1996 ;9:341–52.

Chapitre 55

Qualité et sécurité des soins

Marc Chanelière

PLAN DU CHAPITRE

Qualité et de sécurité des soins : quelles définitions ? 527
Quelles sont les dimensions de la qualité des soins ? 528
Évaluer la qualité et la sécurité des soins en médecine générale : éléments pratiques . . . 530
Conclusion. 532

Les soins premiers sont d'un intérêt crucial dans le système de santé : au-delà de l'effectif considérable de patients dont ils assurent la prise en charge, ils constituent la porte d'entrée vers les soins d'un grand nombre d'usagers, notamment par les soins prodigués en médecine générale. Au-delà, ils contribuent à orienter le parcours de soins des patients. La qualité et la sécurité des soins y revêtent ainsi une importance toute particulière. Qualité et sécurité des soins sont des concepts auxquels le médecin généraliste ne saurait être étranger, quand les erreurs médicales constituent par exemple la troisième cause [1] annuelle de mortalité aux États-Unis. Il est donc utile de connaître les éléments permettant la mise en œuvre de démarche d'amélioration de la qualité dans sa pratique.

Après avoir défini les concepts de qualité et de sécurité des soins, les dimensions de la qualité des soins sont abordées de manière contextualisée à la médecine générale. Puis, quelques grands principes d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins sont présentés.

Les lecteurs sont également invités à la lecture du chapitre 44 « Sécurité du patient et EIAS », au regard d'une thématique commune et d'aspects partagés.

Qualité et de sécurité des soins : quelles définitions ?

Qualité des soins

Il n'existe aucun consensus dans la littérature concernant la définition du concept de qualité des soins. L'Académie nationale de médecine américaine (anciennement IOM) a défini la qualité [2] comme « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ». En France, la HAS a repris la définition de l'OMS qui définit [3] cette qualité des soins comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Plus spécifique à la médecine générale, la WONCA, plus particulièrement sa branche européenne en charge de la qualité et la sécurité EQuiP (*European Society for quality and safety in Family practice*), estime que « *la qualité des soins de santé et la sécurité des soins signifient les meilleurs résultats possibles en matière de santé, compte tenu des circonstances et des ressources disponibles, conformément aux soins centrés sur le patient* ».

Ainsi, les définitions de la qualité des soins sont nombreuses, en restant assez proches pour plusieurs raisons. D'abord, elles ont vocation à s'appliquer à tous les secteurs de soin, en établissements de santé comme en structures de soins de santé premiers, ainsi qu'à tous les individus, usagers autant que professionnels de santé. Ensuite, elles mettent en exergue la notion de résultat sur la santé des usagers. Il s'agit avant tout d'envisager la préservation ou l'amélioration de la santé des patients sans pour autant la réduire à la seule notion du meilleur résultat possible. Enfin, ces définitions rendent compte d'un caractère multidimensionnel de la qualité, qui ne saurait être par exemple seulement définie comme une forme d'efficacité des soins rapportée à un volume de ressources engagées.

Envisager la qualité selon plusieurs dimensions concourt au final à en faciliter une meilleure compréhension.

Ainsi, à défaut de définition consensuelle, plusieurs dimensions de la qualité des soins sont retrouvées dans la littérature : l'efficacité, l'efficience, l'adéquation, l'équité, l'accessibilité, la continuité, la sécurité, la réactivité et enfin la prise en compte des besoins du patient. S'agissant des soins prodigués par le médecin généraliste, chacune de ces dimensions contextualise dans le champ de la qualité un aspect particulier de la prise en charge, qui peut référer tantôt au patient, tantôt au système de santé ou aux professionnels, tantôt à la société. Il n'y a pas de consensus quant au

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

nombre de dimensions constituant la notion de qualité, ni même sur leur terminologie : certains modèles distinguent cinq dimensions, quand d'autres modèles vont jusqu'à huit dimensions.

La figure 55.1 présente les dimensions retenues en lien avec les travaux portés par l'IOM [4] ou l'OCDE [5].

Sécurité des soins

Définir le concept de sécurité des soins rend compte de difficultés similaires, bien que dans son acceptation la plus simple il s'agisse d'abord de ne pas nuire, en écho à l'adage *primum non nocere*. La sécurité exprime la capacité du système de santé — ou parfois plus exactement de ses acteurs — à éviter ou empêcher les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des soins eux-mêmes, et pas ceux liés à l'évolution des processus morbides [6]. La sécurité et la qualité des soins entretiennent ainsi des rapports étroits, au-delà même du fait que la sécurité constitue l'une des dimensions de la qualité. En effet, les principes à mettre en œuvre dans une démarche dite qualité sont transposables dans le champ de la sécurité des soins.

Concernant la définition de la sécurité, bien qu'il n'existe pas non plus de consensus dans la littérature, celle de l'OMS, qui la décrit [3] comme « *l'absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé* », tend à s'imposer assez naturellement. L'IOM définit pour sa part la sécurité des soins [7] comme « *la prévention des préjudices causés aux patients* ». Au-delà de ces définitions plutôt concises, il s'agit d'envisager un système de santé où tous, professionnels comme usagers, institutions comme pouvoirs publics œuvrent à éviter la survenue d'erreurs pendant les soins et à initier une démarche permettant d'apprendre des erreurs ou des EIAS qui se produisent. On peut alors parler d'organisation apprenante.

Sur le plan lexical, si la traduction de l'anglais vers le français plaide pour l'emploi du terme sécurité du patient (*patient safety*, en anglais), c'est toutefois le terme de sécurité des soins qui est à l'usage le plus utilisé en France. Du reste, cette terminologie de sécurité des soins recouvre celle de sécurité du patient, et réciproquement.

Quelles sont les dimensions de la qualité des soins ?

Chacune des dimensions de la qualité de soins est explorée de manière contextualisée à la médecine générale.

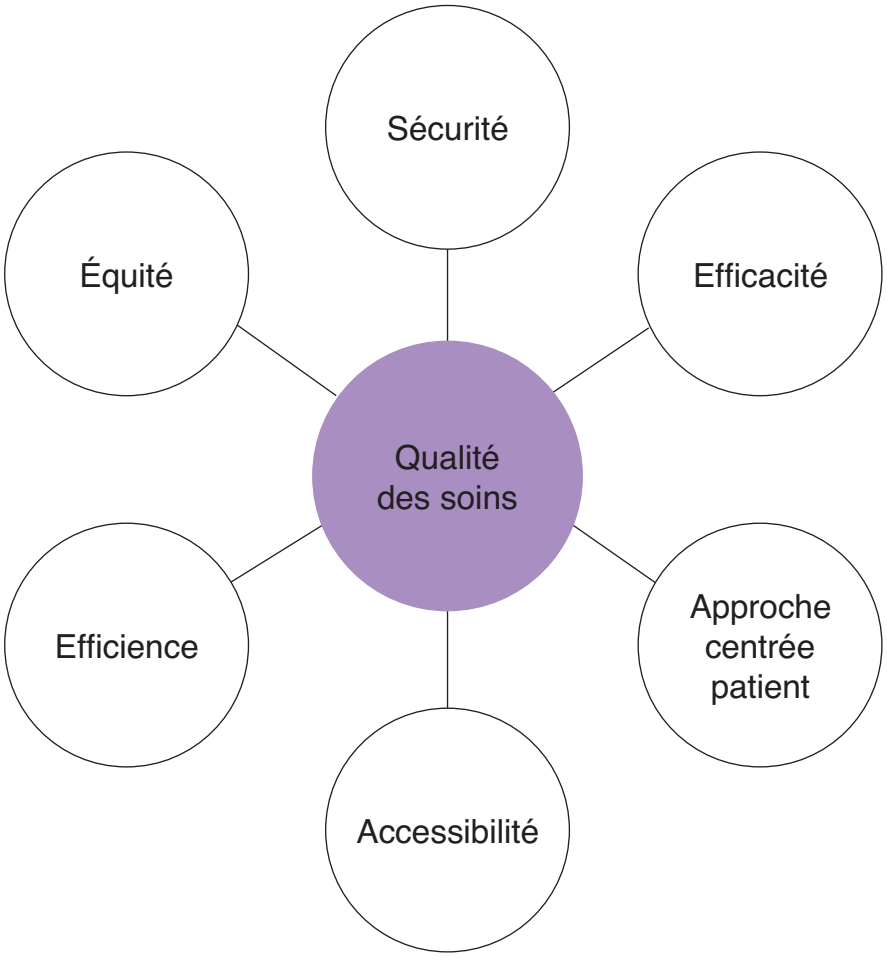


Fig. 55.1 Dimensions de la qualité des soins.

Efficacité

Pour le patient : « Je reçois le traitement qui me convient et qui contribue à améliorer ma santé [8]. »

Pour le médecin généraliste : « Je délivre des soins qui reposent sur des preuves exemplaires et produisent les résultats recherchés. »

L'efficacité recouvre le terme anglais d'*effectiveness*, qui correspond à la capacité à atteindre les résultats de santé souhaités [9] au regard de la mise en œuvre correcte de services de santé, fondés sur des données probantes, d'une part à tous ceux qui pourraient en bénéficier, mais d'autre part pas à ceux qui n'en bénéficieraient pas. Il s'agit donc autant de mettre en œuvre ce qui est recommandé que de ne pas commencer un traitement inutile ; par exemple, dans la prise en charge de facteur de risque cardiovasculaire tels que l'hypertension artérielle. Plus simplement encore, l'efficacité témoigne de la capacité à atteindre le résultat souhaité, concernant la santé du patient, sans erreur [10].

Dans le champ des soins premiers, cette dimension fait implicitement référence au concept de médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medecine*, EBM). La compétence du médecin généraliste, les préférences du patient et les données actualisées de la science concourent au meilleur soin possible.

Si l'efficacité constitue de la sorte une dimension importante de la qualité, elle est difficile à évaluer. En effet, elle renvoie tout autant aux résultats attendus et aux recommandations ou guides méthodologiques, qu'à la capacité du médecin généraliste et au patient à les atteindre.

Sécurité

Pour le patient : « Le système de soins de santé ne compromettra pas ma santé [8]. »

Pour le médecin généraliste : « Les soins que je délivre à mon patient ne compromettent pas sa santé. »

Cette dimension matérialise la capacité du système de soin à éviter la survenue de dommages dans la prise en charge d'un patient. Parfois, il s'agit davantage d'en atténuer les conséquences pour le patient que d'en éviter la survenue. Cette dimension est connexe de celle d'efficacité, tout en faisant davantage référence à l'existence d'événements indésirables associés aux soins (EIAS). En pratique, il s'agit de leur prévention ex ante, c'est-à-dire « *je sais éviter la survenue d'un EIAS* » (par exemple, ne pas prescrire un traitement néphrotoxique à un patient âgé diabétique et hypertendu) plutôt que ex post, c'est-à-dire « *je sais détecter les EIAS pour les comprendre, afin de limiter le risque d'un nouvel événement similaire ou en atténuer les conséquences néfastes sur la santé du patient* » (par exemple, « *j'appelle un patient âgé diabétique et hypertendu pour adapter la dose d'ofloxacine au regard d'une dégradation de sa fonction rénale* »).

Approche centrée sur le patient

Pour le patient : « On respecte mes objectifs et mes préférences. Ma famille et moi sommes traités avec respect et dignité [8]. »

Pour le médecin généraliste : « Les décisions concernant les soins prodigués à mon patient reflètent ses objectifs et préférences et ceux de sa famille ou de ses aidants. »

Si le terme de réactivité — qui correspond à la traduction du terme anglais de *responsiveness* — est parfois utilisé, il nous paraît plus judicieux d'utiliser la traduction d'approche centrée sur le patient (traduction de *patient centeredness*), plus encore dans le champ de soins premiers et de la médecine générale.

De manière synthétique, l'approche centrée sur le patient fait référence à la manière dont le système de santé ou un professionnel traite la demande des patients pour répondre à leurs attentes légitimes en matière de santé [11]. De fait, il s'agit de considérer la relation particulière entre le patient et son médecin généraliste quand on envisage cette dimension de la qualité [12]. Car, dans sa volonté d'atteindre le résultat souhaité (dimension d'efficacité), le médecin ne devra pas méconnaître une attente apparemment cachée du patient. Cette attente cachée mais réelle réfère à la notion d'agenda caché. On peut voir dans cette dimension d'approche centrée sur le patient l'expression d'une certaine forme d'efficacité relationnelle.

Accessibilité

Pour le patient : « Je sais combien de temps je devrais attendre avant de voir un médecin ou de passer les examens ou recevoir les traitements dont j'ai besoin. Je sais que cette attente est raisonnable et qu'elle ne compromettra pas ma santé [8]. »

Pour le médecin généraliste : « Mes patients peuvent recevoir des soins dans un délai acceptable après la détermination des besoins. »

Au sens littéral, l'accessibilité désigne la capacité pour un usager à accéder à un soin opportun. Il s'agit en fait d'envisager plusieurs sous-dimensions, à savoir : une sous-dimension *physique* par exemple : un patient peut-il être accueilli au sein d'un cabinet médical au regard de ses troubles de la marche ? Et une sous-dimension plus *organisationnelle*, par exemple la capacité à obtenir un rendez-vous auprès de son médecin généraliste traitant dans les 24 heures ou chez un dentiste en cas de rage de dents.

Il paraît judicieux d'envisager autant les éléments relatifs au financement de l'accès aux soins et aux moyens techniques que ceux relatifs aux ressources humaines disponibles, qui constituent des modulateurs importants de l'accessibilité. Si ces derniers peuvent varier d'un système de santé à un autre, ils peuvent également différer d'un territoire de santé à un autre (par exemple, la densité médicale en matière de médecine générale dans un territoire). Dès lors, il n'est pas possible d'envisager la notion d'accessibilité, sans y associer celle d'équité.

Équité

Pour le patient : « Qui que je sois, quel que soit le lieu où je vis, j'ai accès aux services dont j'ai besoin. Je suis relativement bien traité par le système de soins de santé [8]. »

Pour le médecin généraliste : « Mes patients peuvent recevoir des soins dans un délai acceptable après la détermination du besoin. »

L'équité réfère à la notion de soin juste. L'OMS la définit [3] comme « l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects

de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement ». Il faut donc envisager l'équité en un temps et dans un lieu donnés. Pour autant, il ne s'agirait pas non plus d'envisager une stricte allocation des ressources, uniforme et égalitaire, dans la prise en charge des patients : il convient de traiter inégalement les besoins de santé des patients en situation défavorable. Selon nous, ceci met en exergue la responsabilité toute particulière du médecin généraliste et des soins premiers : ils devront identifier ces patients les plus vulnérables, idéalement pour mettre en œuvre des stratégies de prise en charge et de prévention adaptées.

Le médecin généraliste ne devrait donc ni faire autant ni faire pareil avec chaque patient ; ce qui en fait, là encore, une dimension connexe à celle d'approche centrée.

Efficience

Pour le patient : « Les soins que je reçois de tous les professionnels sont bien coordonnés et ils ne sont pas redondants [8]. »

Pour le médecin généraliste : « Je soigne mes patients en utilisant les ressources humaines, physiques et financières disponibles, de manière efficace et sans gaspillage pour le système. »

Globalement, l'efficience peut être définie comme l'utilisation optimale des ressources disponibles par le système, afin d'obtenir le maximum d'avantages ou de résultats [13]. Il convient d'envisager — en écho aux travaux de l'OCDE [5] — un niveau macroéconomique, c'est-à-dire un niveau relatif à la ventilation globale des ressources au sein du système de santé (par exemple, la part du PIB représentée par les dépenses de santé ou encore, en France, la définition annuelle de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie) ; il est également nécessaire d'envisager un niveau microéconomique, plus proche des usagers et des professionnels, qui désignerait une forme d'optimisation des ressources réalisées avec les ressources disponibles.

L'efficience constitue ainsi une forme d'évaluation quantifiée de la productivité du système de santé.

Toutefois, cette dimension reste complexe à appréhender. Certains aspects peuvent indifféremment rendre compte d'une efficience importante ou, au contraire, basse.

Par exemple, un médecin généraliste qui verrait seulement dix patients par jour est-il dans une prise en charge globale, faisant la part belle à l'écoute du patient, ou en incapacité de gérer une charge de travail supérieure au regard d'une lenteur dans sa prise en charge ? L'injonction paradoxale peut vite apparaître ; faire plus ou plus vite ne signifie pas nécessairement être plus efficient…

Autres dimensions

Parfois, d'autres dimensions sont utilisées pour décrire la qualité de soins. Elles s'inscrivent en complément des dimensions déjà étudiées, qu'elles recouvrent même partiellement.

Sans être exhaustif, il s'agit par exemple de l'**acceptabilité**, qui désigne une forme d'évaluation de la satisfaction des souhaits et attentes des patients quant à leurs attentes réalistes. De facto, cette dimension s'inscrit dans celle de l'approche centrée sur le patient.

L'adéquation est une dimension qui désigne quant à elle la pertinence des soins rapportée aux besoins de santé. Elle est donc plutôt connexe de celle d'efficacité que de celle d'efficience.

La capacité est une dimension complexe à définir. Elle réfère à l'évaluation de la disposition des professionnels à échanger et communiquer, notamment avec les patients. Il faut y envisager autant les éléments en lien avec le système d'information (les aspects techniques) que ceux se référant à la relation et aux déterminants humains ou culturels.

Enfin, la continuité cible l'évolution dans le temps de la coordination des soins. Cette dimension peut être envisagée soit à un niveau « macro » (par exemple, quelle est la proportion de patients âgés ayant séjourné à l'hôpital qui voient leur médecin traitant dans les 4 semaines suivant leur retour à domicile) ou à un niveau « micro », c'est-à-dire proche du patient, ce qui la place dans ce cas-là, à proximité de la dimension d'approche centrée sur le patient.

Évaluer la qualité et la sécurité des soins en médecine générale : éléments pratiques

Le chapitre Sécurité du patient et événements indésirables associés aux soins en médecine générale décrit la mise en œuvre d'une démarche systémique dans le champ de la sécurité des soins (cf. chapitre 44).

Principes généraux d'une démarche d'amélioration de la qualité : la méthode PDCA

Il est possible, sinon souhaitable, d'évaluer la qualité de soins en recourant à des méthodologies standardisées. Faisant suite aux travaux de Shewart, Deming est souvent cité avec sa transposition symbolique sous la forme d'une roue, du cycle dit « PDCA ». Derrière ce sigle, il faut comprendre : *Plan, Do, Check et Act* en anglais soit en français : Préparer, Développer, Contrôler et Ajuster. Cette démarche standardisée s'illustre par un caractère transversal et, derrière une simplicité apparente, elle peut s'appliquer facilement à différents contextes, processus ou acteurs des soins premiers.

Cette méthodologie consiste à appréhender un processus selon quatre étapes hiérarchisées :

- « *Plan* », la première étape, consiste à préparer ou à planifier une action, ici de soins au sens large ;
- « *Do* », la deuxième étape, consiste à développer, c'est-à-dire à accomplir cette action ; cette étape réfère donc à l'implémentation d'une action ou du processus proprement dit ;
- « *Check* », la troisième étape, réfère au contrôle ou à la vérification du ou des résultat(s) obtenu(s) ; cette étape renvoie tantôt à la notion de résultats tantôt à celle de normes permettant une comparaison aux attendus ;
- « *Act* », la quatrième et dernière étape du cycle, prévoit d'ajuster ou de modifier le processus ou l'action réalisée ; il ne s'agit toutefois pas de modifier toute l'action en profondeur, mais parfois seulement certains éléments de cette dernière.

Un cycle PDCA nécessite d'enchaîner successivement ces quatre étapes. C'est la répétition de la démarche qui permettra d'améliorer, au fur et à mesure, la qualité d'un processus. Il faut donc concevoir une démarche qualité comme un processus continu, qui chercherait continuellement à améliorer la prise en charge du patient.

Dans la première phase est mise en œuvre une démarche systémique. Les éléments spécifiques de cette démarche se retrouvent dans le chapitre 44, les principes sont rappelés ci-après.

Une démarche systémique se déroule en trois temps. D'abord, elle vise à identifier le ou les problèmes à résoudre. Ensuite, il s'agit d'en rechercher les causes profondes, c'est-à-dire les dysfonctionnements, qui concourent à la survenue de chaque problème identifié. Ils sont souvent inapparents de prime abord et justifient des questionnements successifs pour devenir apparents (« pourquoi ? », « comment ? », qui ? », etc.). Enfin, cette démarche se solde par l'élaboration de mesures correctives, visant à corriger les dysfonctionnements précédemment identifiés. Certains pourraient objecter que rien ne garantit que ces mesures correctives fonctionnent, ce qui est malheureusement parfois vrai.

C'est pourquoi il est nécessaire de réaliser les autres étapes du cycle PDCA : *Do*, c'est-à-dire mettre en œuvre ou faire, puis *Check*, c'est-à-dire contrôler et évaluer l'effet des mesures et enfin *Act*, c'est-à-dire ajuster, le cas échéant, les processus afin de corriger un problème persistant ou un nouveau problème.

Comment mesurer la qualité des soins ? La triade de Donabedian [14]

Plusieurs modèles conceptuels relatifs à la mise en œuvre de démarches d'évaluation de la qualité des soins ont été développés. Ces modèles se fondent notamment sur des catégories d'indicateurs, c'est-à-dire de marqueurs mesurant la qualité. Certains modèles sont spécifiques au secteur des soins de santé (comme le modèle de Donabédian [14]), quand d'autres ont d'abord été développés et utilisés en secteur industriel ou dans d'autres activités humaines à risques (aviation civile).

Concernant les soins de santé, le modèle dit de la « triade de Donabedian » est sans doute le plus opérant ; c'est un modèle simple et intuitif, qui distingue trois principales catégories : une catégorie « structure », une catégorie « processus », une catégorie « résultats ».

Structure

Cette terminologie est un peu ambiguë en ce sens que par structure le modèle ne désigne pas seulement les éléments techniques, mais plutôt les ressources engagées, au sens large. Il convient alors d'envisager autant les éléments ayant trait aux ressources humaines que ceux relatifs aux ressources techniques, éducatives, organisationnelles ou encore foncières ou financières. On peut illustrer cette composante en disant qu'il s'agirait idéalement de « disposer des bonnes ressources ».

Processus

Globalement, la catégorie processus évalue l'interaction entre les professionnels de santé et les patients. Il est nécessaire d'avoir une interprétation large de la notion d'interaction, afin d'envisager *tout* ce que les soignants mobilisent dans *tous* les actes de prestation de soins, tels que le diagnostic, le traitement et la communication avec le patient. Idéalement, le médecin généraliste sait « *faire comme il le faudrait* » dans la prise en charge des besoins de santé du patient.

Résultats

Il s'agit de la catégorie la plus intuitive, s'agissant de mesurer l'effet sur la santé des patients ou, à un niveau au-dessus, sur une population dans un territoire (notion de santé publique). Il s'agit cependant d'envisager la satisfaction des usagers, tout autant que des résultats de santé en termes de morbidité et de mortalité. Pour le médecin généraliste et le patient, la cible idéale serait alors « *obtenir les meilleurs résultats* ».

En pratique, un processus complet d'évaluation de la qualité des soins devrait envisager ces trois catégories. Toutefois, il est nécessaire de les décliner, selon qu'on envisage de conduire une démarche d'évaluation, par exemple au niveau d'un territoire, d'une maison de santé ou d'un cabinet de médecine générale.

Il peut aussi s'agir d'envisager une situation de soin spécifique comme par exemple, la prise en charge de patients en situation de précarité ou enfin la prise en charge de patients âgés multi-morbides.

La méthode est adaptée au besoin identifié.

Exemples d'indicateurs permettant une évaluation de la qualité des soins en médecine générale

Le tableau 55.1 présente quelques exemples d'indicateurs relatifs à une évaluation de la qualité des soins en médecine générale. Cette liste n'a pas vocation à être exhaustive ; elle sensibilise à certains éléments de pratique, qui peuvent faire l'objet d'un suivi dans le temps dans le cadre d'une démarche qualité ou, de manière plus spécifique encore, dans le domaine de la sécurité des soins.

Les indicateurs sont classés selon les trois catégories de Donabedian.

En pratique

- Un indicateur réunit idéalement plusieurs caractéristiques :
  - pertinence clinique : il permet d'identifier avec lisibilité un élément de la pratique de soin ;
  - acceptabilité : un indicateur est acceptable par tous, patient, soignants et système de santé ; elle constitue souvent un compromis entre les parties ;
  - reproductibilité : on peut reproduire la mesure sans craindre des écarts aléatoires ;
  - simplicité : un indicateur témoigne d'un aspect précis à la fois, sinon il perd en pertinence.
- Le suivi d'un indicateur est envisagé dans le temps : une démarche d'amélioration de la qualité ne saurait être uniquement transversale et n'a de sens que dans la durée — autrement dit, faire un seul tour du cycle PDCA n'est pas suffisant.

Tableau 55.1 **Exemples d'indicateurs d'évaluation de la qualité des soins en médecine générale classés selon les trois catégories du modèle de Donabedian.**

Catégories de Donabedian	Indicateurs évalués
Structure	– Nombre de médecins généralistes au sein d'une structure de soin ou au sein d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), ou nombre de professionnels au sein d'une structure – Nombre de créneaux de rendez-vous urgents disponibles chaque jour, ou nombre total de créneaux de rendez-vous disponibles chaque jour – Équipement spécifique disponible dans la structure (par exemple, appareil à électrocardiogramme), ou fonctionnalité du logiciel métier (accès à distance au dossier patient), ou présence d'un système de messagerie sécurisée pour communiquer – Présence d'une auxiliaire paramédicale ayant une compétence spécifique (par exemple, IDE formée en éducation thérapeutique) – Accessibilité de la structure aux personnes à mobilité réduite, ou existence d'un lieu de soin secondaire dans un territoire rural isolé
Processus	– Nombre de visites à domicile réalisées chaque mois, ou nombre de consultations réalisées par un médecin généraliste par journée – Indice de masse corporelle (IMC) mentionné dans le dossier des patients, ou biométrie du patient renseignée dans le dossier médical électronique – Dosage annuel du taux de créatininémie sanguin chez les patients hypertendus traités par médication, ou valeur de la clairance du patient prise en compte par le logiciel pour la prescription – Réalisation d'une évaluation du risque cardiovasculaire avant prescription d'un traitement hypocholestérolémiant
Résultats	– Taux d'hospitalisations annuelles des patients de plus de 80 ans – Nombre de décès annuels, ou nombre de décès annuels évités en lien avec la prise en charge de la BPCO ou des FRCV – Nombre d'EIAS déclarés chaque année par le médecin généraliste dans une structure – Évaluation de la satisfaction des patients concernant l'obtention d'un rendez-vous pour une urgence réelle ou ressentie

Conclusion

La qualité et la sécurité de soins sont l'affaire de tous en médecine générale : patients, soignants et système de santé. Au-delà de son engagement auprès des patients, il est possible pour le médecin généraliste d'évaluer simplement la qualité des soins qu'il prodigue, en suivant dans le temps quelques indicateurs communs ou parfois plus spécifiques de sa pratique. Si la logique de résultats pour la santé du patient peut sembler primer, il apparaît tout aussi important d'envisager des éléments d'évaluation de la qualité et de sécurité relatifs à la formation du médecin généraliste qu'aux moyens dont il dispose.

Références

[1] Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353, i2139.

[2] Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539.

[3] Organisation mondiale de la Santé. Services de santé de qualité. [En ligne]. Genève (Suisse): OMS; 2020. Disponible sur : https://www.who.int/fr.

[4] Bingham JW, Quinn DC, Richardson MG, Miles PV, Gabbe SG. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. Jt Comm J Qual Patient Saf 2005;31(2):98–105.

[5] Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project : Conceptual Framework Paper. Documents de travail de l'OCDE sur la santé, nº 23, Éditions OCDE. In: Organisation de coopération et de développement économiques. Paris: OECD; 2006.

[6] Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. MedGenMed 2000;2(3):E38.

[7] Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.

[8] La qualité ça compte : Réaliser l'excellence des soins pour tous. Qualité des services de santé Ontario. [En ligne]. Toronto (Ontario, Canada): Health Quality Ontario. Disponible sur : http://www.hqontario.ca/.

[9] Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. Int J Qual Health Care 2003;15:377–98.

[10] Juran J, Godfrey B. Juran's Quality Handbook. New York: McGraw Hill; 2000.

[11] World Health Organization: The World Health Report. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000. p. 2000.

[12] Vanmeerbeek M. La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé. Presse Med 2009;38(9):1360–5.

[13] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: National Library of Healthcare Indicators.TM Health Plan and. Network Edition. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1997.

[14] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44:166–203.

Chapitre 56

Ressources médicosociales

Katia Mazalovic, Claire Zabawa

PLAN DU CHAPITRE

Lien entre social et santé. 533
Système de soins et inégalités sociales de santé 533
La protection sociale en France. 534
Conclusion. 538

Je tiens impossible de connaître les parties, sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître les parties.

Blaise Pascal

Le médecin généraliste intervient au quotidien dans la prise en soins de personnes, et non de patients, dans leur environnement et leur contexte de vie, à chaque fois singuliers. Les individus rencontrés sont indissociables de leur trajectoire de vie. La santé est pour eux un moyen d'arriver à leurs objectifs, et non une finalité. Le soignant n'est qu'un interlocuteur parmi d'autres, croisé de façon plus ou moins régulière et plus ou moins fréquente, tout au long d'une période s'étendant généralement sur plusieurs années.

Le médecin généraliste prend en soins les personnes faisant appel à lui dans leur globalité, en tenant compte des dimensions biomédicales, psychologiques et sociales de chaque personne. En pratique, la dimension sociale de l'individu se trouve particulièrement objectivée lorsqu'elle constitue un facteur limitant à la mise en place de procédures au sein d'une prise en soins. Dans ce cas, adapter cette prise en soins est nécessaire, en fonction de chaque individu et du contexte, ce qui complexifie le plan de soins et parfois l'éloigne des recommandations officielles et autres référentiels biomédicaux.

Lien entre social et santé

Le lien entre position sociale et santé est solidement établi. Le gradient social de santé concerne l'ensemble des catégories sociales : chaque catégorie sociale a un niveau de morbimortalité supérieur à la catégorie sociale qui lui est immédiatement supérieure. Les pathologies ne sont, bien souvent, pas différentes d'une catégorie sociale à l'autre, mais elles touchent plus précocement et plus sévèrement les catégories les plus défavorisées.

Système de soins et inégalités sociales de santé

De tout temps, les personnes pauvres, vivant dans des conditions matérielles difficiles, vivaient moins longtemps et moins bien que les personnes plus favorisées. Les progrès de la médecine et du génie civil ont amélioré les conditions de vie et fait reculer la mortalité au cours du XX^{e} siècle. Cependant, les progrès précités ont davantage profité aux catégories les plus favorisées [1]. Des données de mortalité, globale et par pathologie, démontrent ce phénomène. Pour ce qui concerne la mortalité globale, des travaux menés au Royaume-Uni montrent que les écarts de mortalité entre les différentes catégories sociales se sont majorés. En 1911, ce taux de mortalité était 1,6 fois plus élevé pour la classe sociale la plus basse que pour la classe sociale la plus élevée. En 1981, après la création du *National Health Service*, ce gradient social s'est accentué, en passant de 1,6 à 2,1 [2]. L'analyse de la mortalité par pathologie permet de mieux comprendre ce phénomène. En effet, certaines pathologies ont vu leur prise en charge transformée dans la seconde moitié du XX^{e} siècle en raison de progrès notables dans les domaines de la chirurgie, de l'anesthésie, de l'obstétrique, de la cancérologie ou de l'infectiologie ; par exemple, les ulcères gastroduodénaux, l'appendicite, la cholécystite, les hernies abdominales, la mortalité périnatale, les pathologies infectieuses bactériennes, le cancer testiculaire, le cancer du col utérin, ou la maladie de Hodgkin. Pour toutes ces pathologies, la mortalité qui était identique quelle que soit la catégorie sociale, est désormais plus importante dans les groupes de personnes de bas niveau socio-économique. En d'autres termes, la mortalité a davantage diminué dans les catégories sociales les plus favorisées [1]. L'aggravation des inégalités sociales de santé est particulièrement bien décrite dans plusieurs pays de l'OCDE, notamment au Royaume-Uni.

En théorie, un système de soins a pour objectif de permettre un accès aux soins de la façon la plus équitable possible. Considérant le système de soins, aussi performant soit-il, il occupe une place assez périphérique dans les déterminants sociaux de la santé. La figure 56.1 représente le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Ce modèle illustre le rôle du système de santé sur l'état de santé. Ainsi, on ne peut espérer qu'un quelconque système de soins, aussi vertueux soit-il, corrige entièrement les inégalités sociales de santé.

D'autres auteurs considèrent que des programmes ou recommandations de pratiques médicales contribuent à

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

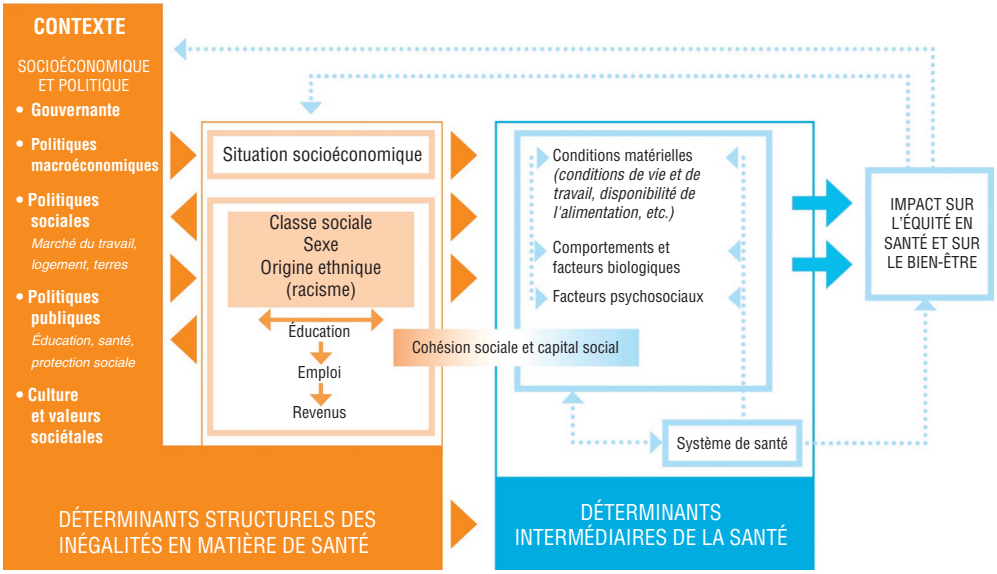


Fig. 56.1 Modèle de la commission des déterminants sociaux de la santé *(Source : OMS. Combler le fossé : De la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Document de travail. « Tous pour l'équité ». Brésil, Rio de Janeiro. 19–21 octobre 2011. D'après : Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health. Discussion paper 2 (policy and practice). Genève, OMS, 2010.)*

creuser les inégalités sociales de santé [3]. Lombrail prend l'exemple des recommandations de traitement de l'hypertension artérielle, qui font l'objet de recommandations, en fonction du risque cardiovasculaire de l'individu concerné. En France, ces recommandations ne prennent en compte que des facteurs biomédicaux fondés sur les risques dits « individuels » (âge, tabagisme, antécédents familiaux cardiovasculaires précoces, taux de cholestérol). Pourtant, des études ont démontré que certaines caractéristiques psychosociales augmentent le risque cardiovasculaire d'un individu dans des proportions équivalentes aux facteurs de risque cardiovasculaire biomédicaux individuels précédemment décrits [4]. L'application des recommandations conduit à sous-estimer le risque cardiovasculaire dans certaines populations. Cette sous-estimation peut contribuer à un accroissement des inégalités sociales de santé. Au Royaume-Uni notamment, des recommandations commencent à prendre en compte des caractéristiques sociales dans l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un individu, d'une manière certes élémentaire, mais qui constitue une ébauche pragmatique de prise en compte de cette problématique [5]. Ainsi, le QRISK Score 2 prend en compte le code postal de résidence de l'individu concerné afin de tenir compte du score de défaveur sociale associé au lieu de résidence.

La quantification de l'aggravation des inégalités sociales de santé par le système de soins fait l'objet de débats. Les professionnels de santé retiennent la version la plus optimiste : étant donné l'importance des conduites à risque (qualifiées d'individuelles) et des conditions socio-environnementales dans la genèse des inégalités sociales de santé, le système de santé ne serait responsable que de 11 à 20 % du différentiel de mortalité observé entre les classes sociales [6–8]. En imaginant qu'un facteur biomédical soit responsable de ce différentiel de mortalité, des efforts majeurs seraient déjà mis en œuvre pour y remédier. La correction de cette surmortalité apporterait potentiellement bien plus, en termes d'années de vie gagnées, que toute autre innovation médico-technique.

En pratique

Les médecins généralistes constituent la première ligne du système de soins. Ils rencontrent des personnes de tous les âges et de toutes les catégories sociales. Leur relation privilégiée caractérisée par une grande proximité et une relation durable leur permet d'investir différents champs de la santé, dont la prévention. À l'échelle individuelle, le médecin généraliste peut permettre aux personnes de réinvestir le champ de leur santé, en devenant acteur de la préservation de leur capital santé. Il prend en compte le niveau de compétence en santé, tout en renforçant les efforts de prévention chez les individus les plus à risque.

La protection sociale en France

Grand principe de la protection sociale en France

Le principe de protection sociale est ancien. Cependant, le système en vigueur actuellement découle essentiellement du principe de solidarité, inscrit dans le Préambule des Constitutions de 1946 et 1958. Ce système prévoit la prise en charge des principaux « risques » de la vie. Ainsi, la protection sociale française couvre les risques suivants : la vieillesse, l'emploi, la maladie, la famille, la pauvreté, le handicap, le logement, les maladies professionnelles. L'aspect sanitaire est ainsi pris en compte comme un risque dans la vie de l'individu, au même titre que l'emploi (et donc sa perte), le logement, etc.

Les dépenses de protection sociales sont les suivantes, classées par ordre d'importance financière [9] :

- le risque vieillesse, qui correspond à 46 % des prestations (en 2016) en raison du versement des retraites, auxquelles sont ajoutées d'autres prestations : allocation personnalisée d'autonomie (APA), aide au maintien à domicile ;
- le risque santé : maladie, accident du travail et maladies professionnelles, invalidité ; 35 % des prestations en 2016 ;

- le risque maternité/famille : indemnités journalières maternité, soins aux femmes enceintes, aide à la garde d'enfants, etc. ; 7,5 % en 2016 ;
- le risque emploi : assurance chômage, aide à la réinsertion professionnelle, etc. ; 6 % des prestations ;
- le risque logement : aide sociale à l'hébergement (ASH), aide au logement (APL, ASL) ; 2,5 % des prestations ;
- le risque pauvreté exclusion sociale : essentiellement le RSA (3 % des prestations).

La protection sociale est essentiellement financée par des cotisations sociales et met en jeu des organismes différents parmi lesquels la Sécurité sociale, les régimes complémentaires, l'UNEDIC (Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce), les aides de l'État et des départements.

Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) est un fichier national qui recense tous les bénéficiaires d'aides sociales. Ce fichier permet notamment de vérifier les conditions d'attribution d'une aide.

Prestations et aides sociales

Une prestation sociale correspond à un transfert d'argent aux individus et/ou aux ménages, sans contrepartie. Celui-ci est individualisé, c'est-à-dire qu'il tient compte des besoins et des ressources, dans le but de réduire la charge financière de façon partielle ou totale. Une prestation sociale peut s'inscrire dans un système assurantiel (c'est-à-dire impliquant une cotisation), dans un système d'assistance (versé sous condition de ressources, sans condition de cotisation) ou bien être universelle (c'est-à-dire versée à tout le monde, sans condition, comme certaines prestations familiales).

Une prestation de service social a pour objectif de faciliter l'accès à certains services qui seront le cas échéant fournis à prix réduits voire gratuitement.

Une prestation fiscale correspond à une réduction d'impôts en relation avec un risque prévu par le système de protection sociale (par exemple, la vieillesse, la charge d'enfants ou une situation sociale particulière).

La loi de décentralisation de 1982 place les aides sociales sous la responsabilité des conseils départementaux. Cependant, par délégation, cette responsabilité peut être transférée aux communes.

Ressources sociales

Centres communaux d'action sociale (CCAS)

Depuis 1953 [10], les CCAS (centres communaux d'action sociale) sont des organismes (personnes morales de droit public) en charge de l'aide sociale au niveau local. Ils disposent de leurs budgets propres, distincts de celui de la commune.

L'aide sociale légale est sous la responsabilité du département. Des aides « extra-légales » peuvent être mises en œuvre par les communes. Lorsque le CCAS couvre plusieurs communes, il prend le nom de CIAS (centre intercommunal d'action sociale). Son rôle est d'instruire les demandes d'aides légales, gérer l'attribution de l'aide sociale extra-légale et de mettre en œuvre des actions de prévention sociales.

Concrètement, ils peuvent :

- fournir aux personnes des informations pour les orienter dans la kyrielle d'aides sociales disponibles, dont les noms, conditions d'attribution, etc., changent régulièrement ;
- aider à la constitution de dossier et le transmettre à l'administration compétente ;
- aider à faire valoir leurs droits aux individus ;
- pour les structures importantes, créer des crèches, des foyers d'accueil, etc. ;
- procurer un secours d'urgence des administrés sous forme de versements monétaires ou d'aides en nature.

Le CCAS est géré par un conseil d'administration, présidé par le maire de la commune. Les autres membres de ce conseil d'administration sont élus par le conseil municipal pour certains, nommés par le maire pour d'autres. Les membres nommés doivent faire partie de représentants d'associations familiales, de représentants de personnes handicapées, de représentants de personnes âgées, ou encore de représentants d'associations œuvrant contre l'exclusion ou pour l'insertion.

En pratique
Le CCAS est responsable du premier accueil social de proximité inconditionnel. C'est donc l'interlocuteur de choix pour un patient qui nécessite une aide sociale, urgente ou non, ainsi qu'une aide pour faire valoir ses droits[74].

Outils nationaux

Depuis 2017, le ministère des Solidarités et de la Santé met à disposition des usagers un simulateur de droits « multi-prestations », permettant de façon relativement simple et anonyme de vérifier une éligibilité à des prestations sociales. Cet outil est disponible en ligne : mesdroitssociaux.gouv.fr.

En pratique
L'outil en ligne mesdroitssociaux.gouv.fr permet de déterminer facilement si une personne est éligible aux principales prestations sociales. L'outil est conçu pour être utilisé par les usagers eux-mêmes. Son utilisation est bien entendu sous-tendue par l'accès au langage écrit en français et à une possibilité de navigation sur Internet.

Ressources sociales spécifiquement liées aux soins

Le médecin généraliste ne remplace pas les travailleurs sociaux. Cependant, une connaissance globale des aides sociales liées à l'accès aux soins peut faciliter les prises en charge et les parcours.

En pratique
Le médecin sait que des aides sont possibles pour les personnes ayant des revenus très bas. Les modalités de demandes et les conditions d'obtention évoluent régulièrement. Les personnes susceptibles d'être éligibles à ces aides et nécessitant un accompagnement sont à adresser à un travailleur social.

[74] Pour trouver le CCAS le plus proche : s'adresser à la mairie ou consulter l'UNCCAS (Union nationale des CCAS) sur https://www.unccas.org/.

Complémentaire santé solidaire (CSS)

La complémentaire santé solidaire (CSS) est une aide pour financer les dépenses de santé, sous condition de ressources. Ainsi, selon les ressources, la complémentaire santé est attribuée à l'assuré :

- gratuitement (anciennement CMU, couverture maladie universelle) ;
- à tarif « réduit » par rapport à une complémentaire santé classique (anciennement aide pour la complémentaire santé, ACS).

La CSS ouvre droit au tiers payant pour les dépenses liées aux soins conventionnés. La CSS est attribuée de manière automatique aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).

Aides financières de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie finance des aides facultatives (c'est-à-dire que les refus ne peuvent être contestés) sur demande de l'assuré, attribuées par une commission dans le but de :

- financer certains soins ponctuels et spécifiques non remboursés (par exemple, prothèse dentaire, frais liés à une hospitalisation, etc.) ;
- participer aux frais d'aide ménagère dans le cadre d'un retour au domicile ;
- financer une complémentaire santé.

L'Assurance Maladie dispose d'un service social pour accompagner les assurés.

Maisons départementales des personnes handicapées

Structure

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces structures prennent une place centrale dans le parcours d'accès aux soins, prestations et établissements médico-sociaux pour les soins des personnes en situation de handicap. En 2021, cent quatre MDPH sont dénombrées en France.

Avant la création des MDPH, plusieurs structures coexistaient, avec des missions et des prérogatives différentes. Les MDPH résultent donc de la fusion de plusieurs structures anciennement connues (liste non exhaustive) : commissions départementales d'éducation spéciale (anciennement CDES) qui étaient dédiées aux enfants, adolescents et jeunes adultes de 18 à 20 ans ; commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (anciennement COTOREP), ciblant les adultes de plus de 20 ans ou les personnes « actives » (c'est-à-dire qui occupent un emploi, chômeurs compris) ; sites pour la Vie Autonome (anciennement SiVA), dont l'objectif était la compensation du handicap via des aides techniques, des aménagements du logement ou des véhicules, etc.

Les MDPH sont des structures pluriprofessionnelles et leur composition varie de l'une à l'autre : médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, etc. Les MDPH interviennent à la demande de la personne handicapée ou de son représentant légal. Les équipes pluriprofessionnelles qui la composent doivent évaluer la situation d'une personne de façon complémentaire et ses besoins au regard du projet de vie, et proposer des réponses adaptées. Leur objectif est donc d'orienter les personnes en situation de handicap et de leur attribuer des aides adaptées.

Missions

Les MDPH ont plusieurs missions :

- reconnaître le handicap et le quantifier. Pour fixer le taux de handicap, l'équipe étudie le dossier présenté par la personne handicapée. Un guide barème national existe de façon à homogénéiser l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées[75] ;
- attribuer des aides adaptées. Pour la plupart, ces aides ne sont pas versées par la MDPH. Par exemple, l'allocation éducation enfant handicap (AEEH) est une aide financière versée par la Caisse d'allocation familiale (CAF) en plus d'éventuelles autres prestations sociales. Les différentes aides attribuées visent à compenser une perte de revenu du fait d'un handicap ou bien à financer des soins. Par exemple, l'AEEH est constituée d'une « base » et/ou d'un « complément ». C'est ce « complément » qui peut être attribué pour le financement de certaines dépenses spécifiques (psychomotricité ou ergothérapie libérale, par exemple) ;
- orienter : l'équipe de la MDPH propose ou valide une orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS), vers une insertion scolaire (avec aide à la scolarisation humaine ou technique) ou vers un établissement d'éducation spécialisé ou encore vers un service d'éducation spécial et de soins à domicile (SESSAD). En revanche, la MDPH n'est pas compétente pour orienter vers les établissements à caractère social pur, comme les maisons d'enfants à caractère social, les foyers départementaux de l'enfance.

Les aides les plus prévalentes

Cet ouvrage s'adresse essentiellement à des médecins exerçant en soins premiers. Seules les aides les plus fréquentes sont listées ci-après.

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et/ou ses compléments : ce sont des aides financières.
- Allocation adulte handicapé (AAH) et/ou ses compléments : ce sont aussi des aides financières versées sous conditions de ressources. L'AAH et/ou ses compléments (majoration Vie Autonome, complément de ressources) sont attribués en fonction du taux d'incapacité (qui doit être supérieur à 80 % ou bien entre 50 et 79 % en cas de restriction substantielle et durable d'accès à un emploi). Ce taux d'incapacité doit être considéré comme durable.
- Prestation de compensation du handicap (PCH) : aide financière visant à compenser les besoins d'aide humaine ou technique, d'aménagement du logement ou d'un véhicule, des charges spécifiques liées au handicap ou encore l'aide animalière.

[75] L'outil https://www.mdphclic.fr/ peut aider les médecins généralistes.

- Carte « priorité pour personnes handicapées » : elle est attribuée lorsque l'incapacité est inférieure à 80 % (puisqu'au-delà de 80 %, il s'agira d'une carte d'invalidité). Cette carte « priorité pour personnes handicapées » est valide pendant un à dix ans et donne notamment droit à des places assises, des priorités dans les files d'attente.
- La « carte européenne de stationnement pour personnes handicapées » est remplacée depuis 2017 par la carte « mobilité inclusion », qui donne accès à des emplacements réservés (places handicapé). Ce document est délivré par la préfecture.
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : cette reconnaissance administrative n'est pas une aide financière. Elle est attribuée pour un à dix ans et est réservée aux personnes âgées de plus de 16 ans, puisqu'elle ne concerne que les actifs. Cette reconnaissance est fréquemment demandée. En pratique, elle permet de bénéficier :
  - d'un accès aux recrutements de la fonction publique par concours aménagés ou non, ou bien par recrutement contractuel spécifique ;
  - de satisfaire à l'« obligation d'emploi » d'un employeur du secteur privé : toutes les entreprises de plus de vingt salariés ont l'obligation d'employer au moins 6 % de travailleurs handicapés. Dans le cas contraire, l'entreprise doit verser une contribution.
- L'affiliation gratuite de l'aidant familial à l'assurance vieillesse (AVPF).

Le circuit

Le circuit d'une demande de dossier à la MDPH est le suivant.

1. Demande par la personne handicapée ou son représentant légal :
   - constitution d'un dossier, qui est téléchargeable, comprenant une partie administrative et un dossier médical ;
   - lorsque le dossier complet est rendu, un accusé de réception est fourni.
2. L'équipe technique pluridisciplinaire étudie le dossier :
   - le certificat médical est étudié par un médecin ;
   - la demande est étudiée par un référent ;
   - l'équipe propose un plan personnalisé de compensation (PPC) ou un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Ce plan est ensuite proposé aux personnes concernées avant de passer dans la commission suivante.
3. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) :
   - est un composé de représentants des associations de personnes handicapées et/ou de leurs familles, du conseil départemental, des représentants de l'État, d'organismes d'assurance maladie, de syndicats, etc. ;
   - prend les décisions : statue sur le PPC ou le PPS (et donc sur les différentes aides) et enregistre les décisions ;
   - notifie les décisions aux organismes payeurs ou effecteurs : CAF, préfecture, etc. ;
   - accorde ou non les aides demandées, tient compte des souhaits exprimés pour le parcours.

En pratique

Les MDPH :
- ont des compétences assez larges ;
- sont nécessaires pour certains parcours (IME, SESSAD, etc.) ;
- statuent sur l'attribution de certaines aides.

Le dossier médical constitue une partie du dossier et est soigneusement rempli, de façon à rendre compte le plus clairement possible des incapacités de la personne concernée.

Établissements et services médico-sociaux

Les établissements et services médicaux sociaux (ESMS) sont des structures définies par le Code de l'action sociale. Les ESMS constituent une nébuleuse protéiforme puisque leur seul point commun est l'accueil de personnes handicapées. Cet accueil peut être plus ou moins long, ambulatoire ou non, et peut concerner les plus jeunes comme les plus vieux. Leurs missions sont précisées par la loi du 2 janvier 2002 :

- évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux ;
- protection des personnes vulnérables ou en difficulté et assistance ;
- mise en place d'actions médicoéducatives ou pédagogiques adaptées, intégration scolaire ;
- réadaptations ou réinsertion professionnelle adaptée.

Le tableau 56.1 regroupe les principaux ESMS (liste non exhaustive).

En pratique

Les ESMS sont nombreux, c'est pourquoi il est important de savoir ce dont la personne a besoin : vie institutionnelle ou non, suivi médicalisé ou non, etc.

Ressource d'articulation entre secteur sanitaire et secteur social

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a créé des outils pour faciliter la coordination entre professionnels de santé et entre secteurs sanitaire et social. Le décret du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux a imposé l'unification des dispositifs existants sur les territoires, sous l'égide des ARS. En effet, jusque-là, de nombreux dispositifs pouvaient coexister sur un même territoire, sans que tous les territoires ne soient couverts : les réseaux de santé thématiques, les MAIA (méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie), les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA), etc. L'unification de tous ces dispositifs va s'opérer progressivement partout en France, pour devenir le dispositif d'appui à la coordination (DAC), qui doit être un dispositif d'accompagnement unique.

Tableau 56.1 **Principaux types d'établissements et services médico-sociaux.**

	Prise en charge de troubles améliorables	Accompagnement en milieu de vie ordinaire	Accompagnement en institution
Enfants	– **CAMSP** : centre d'action médico-sociale précoce. Dépistage et prise en charge des enfants de moins de 6 ans – **CMPP** : centre médico-psycho-pédagogiques. Traitement des troubles neuropsychiques – **CRA** : centre ressource autisme	– **SESSAD** : service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Personnes présentant un handicap intellectuel et/ou physique, ou présentant des troubles du comportement – **SSAD** : service de soins et d'aide à domicile. L'objectif est la prise en charge de personnes polyhandicapées (déficiences physique et mentale sévères) – **SSEFIS** et **SAAAIS** – Pour les enfants de plus de 3 ans présentant respectivement des déficiences auditives et visuelles graves – **CLIS** : classe d'intégration scolaire	– **Établissement d'éducation spécialisée**. Modalités d'accueil variées (internat, semi-internat, placement…) – **IME** : institut médico-éducatif. Établissement accueillant des mineurs déficients intellectuels – **ITEP** : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique. Mineurs présentant des troubles du comportement importants, mais sans déficience intellectuelle – **IEM** : institut d'éducation motrice. Concerne les enfants porteurs d'un handicap moteur – **EEAP** : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
Adultes	– **CRA** : centre ressource autisme	– **Accueil familial** : accueil au sein d'une famille rémunérée pour cela	– **FAM** : foyer d'accueil médicalisé : ces établissements accueillent des personnes handicapées nécessitant un suivi médicalisé – **MAS** : maison d'accueil spécialisé. Ces structures accueillent des personnes ne pouvant réaliser seules la plupart des actes de la vie courante et nécessitant des soins constants – **SAMSAH** : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – **Foyer occupationnel** : foyer de vie pour des personnes handicapées, travailleurs ou non, mais ayant une certaine autonomie – **ESAT** : établissement ou service d'aide par le travail. Structure permettant un exercice professionnel adapté aux personnes handicapées
Personnes âgées		– **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile – **SPASD** : service polyvalent d'aide et de soins au domicile	– **USLD** : unité de soins de longue durée – **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes

Les DAC sont des dispositifs polyvalents, ayant pour objectifs :

- de présenter une activité d'intérêt général ;
- de constituer une structure support pour les professionnels de santé (de ville ou d'établissements de santé) et pour les professionnels du social dans la prise en charge de personnes en situation complexe ;
- d'utiliser un système d'information unique.

Les DAC sont essentiellement financées par leur ARS, via un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

En pratique

Les dispositifs d'appui à la coordination sont des acteurs territoriaux qui peuvent apporter leur support dans des prises en charge n'ayant en commun que leur complexité :

- information sur les ressources médicales, administratives et sociales sur un territoire ;
- appui à l'organisation des parcours ;
- aide à l'obtention d'aides spécifiques ;
- coordination spécifique pour les prises en charge complexes ;
- facilitation des entrées et sorties d'hospitalisation.

Conclusion

Les différentes ressources médico-sociales françaises, qui sont très nombreuses, évolutives et parfois territoire-dépendantes ont été exposées dans ce chapitre, de façon non exhaustive. Sans se substituer aux services sociaux, le médecin généraliste accompagne les patients dans une approche globale qui inclut cette dimension sociale. Identifier le surrisque lié au contexte social des patients, en tenir compte et adresser les patients à un travailleur social afin de faciliter le recours à certaines aides nécessaires, permet d'améliorer la santé de la personne et limite ainsi le gradient social de santé.

Références

[1] Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. Soc Sci Med 1982. 1989;29(3):369–76.

[2] Mann J. Éthique et droits de la personne. Santé Publique 1998;10(3):239–50.

[3] Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Trib Santé 2005;8(3):31.
[4] Inamo J, Lang T, Atallah A, et al. Prevalence and control of hypertension in French Caribbean regions. J Hypertens 2005;223:1341–6.
[5] Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, Robson J, Brindle P. Performance of the QRISK cardiovascular risk prediction algorithm in an independent UK sample of patients from general practice: a validation study. Heart 2008;94(1):34–9.
[6] Evans RG, Marmor TR. Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie. Paris: John Libbey Eurotext; 1996.
[7] Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. [En ligne]. Paris: IGAS; 2011. Disponible sur https://www.igas.gouv.fr/.
[8] Ridde V. Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. Rech Sociographiques 2004;45(2):343.
[9] In: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La protection sociale en France et en Europe en 2016. [En ligne]. Paris: DREES; 2016. Disponible sur. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.
[10] Décret nº 54-883 du 2 septembre 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret nº 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance. [En ligne]. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/.

Chapitre 58

Maîtrise de stage et enseignement

Louise Devillers, Christian Ghasarossian

PLAN DU CHAPITRE

Historique 549
Législation et formation 549
Rôle des maîtres de stages des universités 550
Statut dans le monde 550
Apports pour la pratique 551

Historique

Le partage des compétences et la transmission des savoirs ont toujours accompagné le développement de la médecine. Le serment d'Hippocrate nous le rappelle : « *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères…* »

« *Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicale* », c'est ainsi que l'article L. 4130-1 de la loi HPST de 2009 précise une des missions du médecin généraliste de premier recours. Pratiquer la médecine va de pair avec son enseignement et le partage de ses connaissances et de ses acquis aux générations futures.

Le développement de la maîtrise de stage est corrélé à la reconnaissance de la médecine générale comme discipline.

La valorisation de la médecine générale à l'université a débuté en mettant en place une formation spécifique posant le socle d'une formation en évolution constante.

Le décret du 16 mai 1997 a officialisé l'obligation d'un stage de 6 mois en médecine générale ambulatoire aux côtés d'une formation hospitalière et d'une formation théorique. Puis en 2003, un deuxième stage de 6 mois est proposé : le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé (SASPAS). Il est obligatoire depuis 2017.

C'est en 2004 que la médecine générale acquiert le rang de spécialité avec la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale.

L'arrêté du 18 juin 2009 rappelait l'obligation de la réalisation d'un stage au cours du deuxième cycle des études médicales datant de 1997.

En 2011, les médecins généralistes accueillant des étudiants en stage, alors nommés enseignants cliniciens ambulatoires, obtinrent le statut de maîtres de stages des universités (MSU) de médecine générale.

Le développement de la formation initiale en médecine généraliste a entraîné des besoins croissants en encadrement dans les stages ambulatoires, la formation à la maîtrise de stage s'est développée. Le nombre de MSU n'a cessé de croître.

En 2021, le Collège national des généralistes enseignants et le Syndicat national des enseignants de Médecine Générale dénombraient 11 837 MSU.

Législation et formation

L'agrément à la maîtrise de stage et la formation des maîtres de stage sont réglementés par l'arrêté du 22 décembre 2021 du Code de la santé publique. Le chapitre 2 du livre IV dans les articles R. 632-1 à R. 632-79 du Code de l'éducation légifère l'accès au stage auprès des praticiens agréés maîtres de stage des universités pour les deuxième et troisième cycles.

Sont rappelés les objectifs pédagogiques de formation des maîtres de stage :

- connaître les aspects législatifs, administratifs et pratiques du stage ambulatoire des étudiants de deuxième et de troisième cycles des études de médecine (déroulé de formation, statut des étudiants, spécificités du deuxième et troisième cycle) ;
- encadrer et superviser l'étudiant (s'approprier les outils de supervision, de prescriptions pédagogiques, accompagner la progression de l'étudiant) ;
- rendre compte de l'évolution de l'étudiant et repérer les difficultés ;
- évaluer l'étudiant en vérifiant ses acquis d'apprentissages, dans un objectif à terme de certification de ses compétences.

Les médecins généralistes se forment tout au long de leur vie professionnelle sur le plan disciplinaire, scientifique et pratique. La formation à la fonction de MSU se fait également tout au long de l'exercice, conformément au développement professionnel continu (DPC, cf. chapitre 60).

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Rôle des maîtres de stages des universités

Pour un médecin généraliste, devenir MSU apparaît comme une étape du parcours professionnel, une concrétisation de sa vision du métier. Le rôle de MSU est une partie du métier de médecin généraliste et un moyen de faire rayonner la discipline pour les praticiens engagés sur leur territoire [1].

Les MSU ont un rôle de formation et de supervision des étudiants en médecine de deuxième et troisième cycles. Ils sont les ambassadeurs de la discipline auprès de la future génération de médecins [2], tout en étant des modèles de rôle.

Afin de s'assurer de l'engagement de chaque MSU auprès de ces derniers, ils doivent signer une charte.

Le MSU doit permettre aux étudiants de deuxième cycle de découvrir le champ de la pratique ambulatoire avec en particulier la découverte des stades précoces des maladies, la sémiologie des maladies prévalentes et la démarche médicale avec ses spécificités en ambulatoire.

Avec la mise en place de la nouvelle réforme du deuxième cycle, le MSU travaille avec les étudiants les situations de départ de la médecine générale et le référentiel de compétences du deuxième cycle (figure 58.1).

Le MSU facilite la mise en autonomie progressive des étudiants de troisième cycle, et ce pour le moment avec deux stages de 6 mois.

Le premier stage (ou stage de niveau 1 : SN1) a pour objectif de vérifier les points importants de cette première année du DES de médecine générale qui est la phase socle. Ces points sont : vérifier les connaissances du deuxième cycle, les capacités de raisonnement clinique ainsi qu'une démarche médicale adaptée.

Le deuxième stage (ou stage de niveau 2 : SN2) a pour objectif pour l'étudiant de gérer en autonomie supervisée une file active de patients chroniques multimorbides.

Il est nécessaire que les étudiants aient un programme de consultation varié et représentatif de leur futur exercice, propice à la formation, à l'exposition aux onze familles de situations et au développement de leurs compétences, à l'aide des secrétaires médicales si besoin [3].

Le stage en ambulatoire se décompose en trois phases : une phase d'observation (où l'apprenant observe faire son MSU), une phase de supervision directe (où le MSU observe son apprenant) et enfin une phase de supervision indirecte (où l'apprenant voit seul le patient et raconte a posteriori ce qu'il a fait à son MSU). Certains MSU pratiquent la supervision directe sans être présents dans le cabinet de consultation grâce à une vitre sans tain ou à l'aide de moyens vidéo. L'utilisation de la SODEV (supervision par observation directe avec enregistrement vidéo) est en cours de développement.

Le SN1 comporte les trois phases. Le SN2, après une phase plus ou moins courte de supervision directe, comporte essentiellement de la supervision indirecte.

Un stage ambulatoire en santé de la femme ou de l'enfant est également possible dans la maquette du DES de médecine générale, permettant aux apprenants de se confronter préférentiellement aux situations de la santé de la femme ou de l'enfant.

L'accompagnement des MSU en situation d'apprentissage authentique permet aux apprenants d'acquérir les compétences attendues en fin de DES suivant le référentiel établi par la discipline (cf. figure 6.1 au chapitre 6).

En complément de la formation à la recherche proposée par les départements de médecine générale (enseignements hors stage), les étudiants verront en stage auprès des MSU, des médecins généralistes acteurs de la recherche qu'ils soient investigateurs ou impliqués dans l'analyse de données ambulatoires recueillies au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles.

Statut dans le monde

En fonction de la place de la médecine générale dans le système de santé des pays, la maîtrise de stage est reconnue et dispensée de façon variable dans le cursus médical. En Europe, l'enseignement de la médecine générale est dicté par les directives de 1993 et 2005. Sur le plan international, la WONCA a proposé en juin 2013 un guide pour l'enseignement de la médecine générale en tant que spécialité [4].

En Europe [5, 6]

Le statut de médecin généraliste maître de stage est universitaire et reconnu par les facultés de médecine (en majorité) ou les ministères de la Santé (Bulgarie).

On observe une volonté d'organisation de la formation au sein des cabinets de médecine générale qui semble en lien avec la reconnaissance et la valorisation de la médecine générale en tant que discipline.

La plupart des pays ayant développé une formation à la médecine générale attendent des MSU une formation à ce nouveau statut, au moins initiale. Cela n'est pas le cas de la Norvège ou de la Pologne où la formation continue au rôle de MSU reste rare.

Pour certains pays, l'organisation des stages, la formation et le rôle des MSU varient en fonction des régions. C'est le cas pour l'Allemagne, Israël ou le Danemark.

Concernant la rémunération, cela va de l'absence totale (Suède) à un versement mensuel de 180 euros (Slovénie) à 520 euros (Portugal) ou annuel au Royaume-Uni.

En Allemagne, en Autriche et au Danemark, le MSU prend à sa charge une partie du salaire de l'étudiant.

Dans le monde [5, 6]

Dans certains pays, la médecine générale n'est pas enseignée comme spécialité, il n'existe donc pas de dispositif officiel de formation (Algérie, Antigua…).

En Amérique du Nord, le Canada est très investi dans la maîtrise de stage, tandis que sur le continent asiatique, cette place revient à la Chine alors que les terrains de stage sont uniquement hospitaliers. Des délégations officielles chinoises sont venues en observation en France dans une volonté de développer leur formation en ambulatoire.

Très peu d'informations sont disponibles concernant le cursus médical et la formation à la médecine générale ou de premier recours en Afrique. Le Rwanda a suspendu son programme depuis 2012, par exemple.

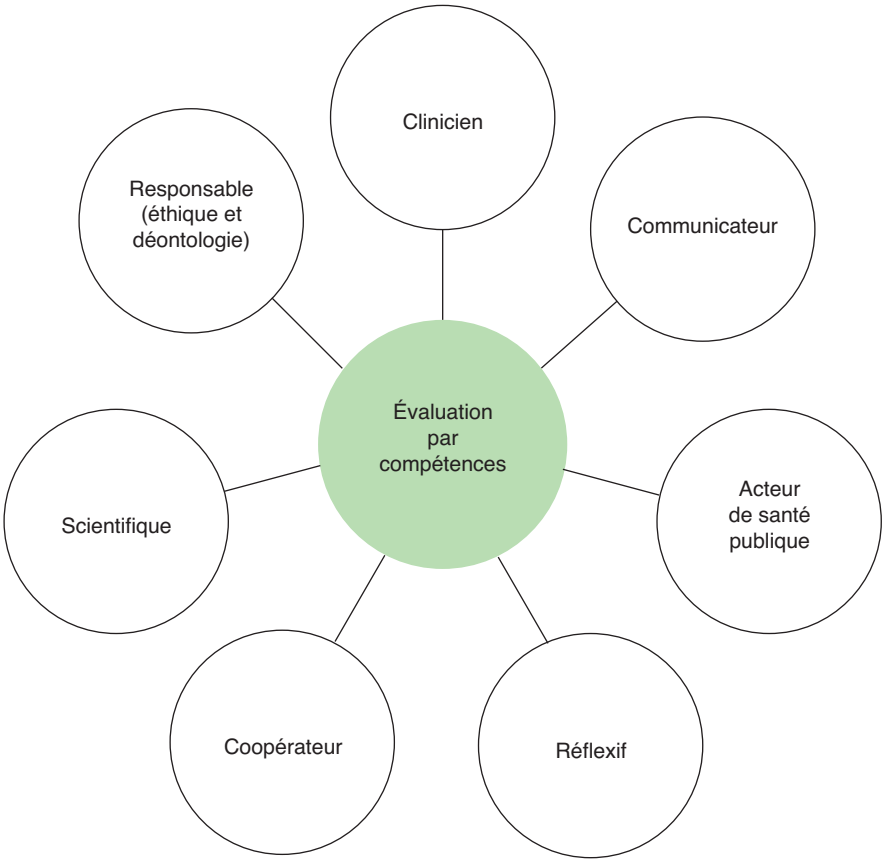


Fig. 58.1 Référentiel de compétences du deuxième cycle (d'après le Comité pédagogique national R2C).

Apports pour la pratique

Au quotidien, être MSU change la dynamique au cabinet et semble apporter une optimisation des pratiques sans avoir pour autant à modifier toutes ses habitudes. L'étudiant est perçu comme un collaborateur dans la prise en charge des patients. Sur le plan financier, la compensation, quand elle est reçue, semble suffire aux MSU [7].

Être un modèle de rôle pour leurs étudiants permet au MSU de faire évoluer ses pratiques en vue de les améliorer. L'appropriation de référentiels professionnels, leur application et leur critique sont d'autant plus importantes que les MSU doivent pouvoir présenter leur posture aux étudiants et leur en expliquer le cheminement. Cela est vécu comme une responsabilité, un moteur d'amélioration des pratiques [8] voire d'outils de formation continue [9].

Depuis 2019, dans le cadre du forfait structure, volet 2, l'accueil d'étudiants en médecine est valorisé par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) à hauteur de 50 points.

L'intérêt des MSU pour la prévention et la santé publique [10] a été étudié à plusieurs reprises. Les MSU déclarent réaliser plus fréquemment d'actes de prévention dans leur patientèle, de manière significative pour deux d'entre eux, à savoir la recherche d'addiction à l'alcool ou au tabac, tandis qu'ils déclarent moins prescrire de PSA que les non-MSU à leurs patients [11]. Après étude du système national des données de santé (SNDS) des médecins de la subdivision rennaise, il a été mis en évidence que les MSU obtenaient de meilleurs résultats pour les items de la ROSP liés au suivi des pathologies chroniques, au dépistage organisé des cancers et aux items liés à la iatrogénie [12]. Dans le Nord-Pas-de-Calais, les MSU semblaient plus efficients pour cinq des treize critères d'efficience de la ROSP [13]. Chez les MSU franciliens, les pratiques de dépistage et de prévention sont plutôt meilleures pour les patients appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus modestes [14].

Dans le champ des prescriptions, être MSU entraînerait des modifications des habitudes et une potentielle réduction de celles-ci [15]. Les MSU prescriraient des antibiotiques à moins de patients que les non-MSU : sur 100 patients, 6 patients de moins se voyaient prescrire un antibiotique sur une année d'observation [16].

Une étude transversale comparative menée dans la région d'Angers suggérait que le fait d'être MSU aurait un effet bénéfique en situation d'épuisement professionnel [17].

Du point de vue des patients

Les patients se représentent les principales motivations de leur médecin traitant à être MSU comme étant la transmission et l'aide de l'étudiant en formation à améliorer ses compétences. Les patients perçoivent leur médecin généraliste comme plus compétent de par l'apport des connaissances de l'interne au fil du stage [18]. Concernant les consultations avec les internes en stage de niveau 2, les patients

sont satisfaits de leur rencontre avec un interne en autonomie [19] ; une fois avertis de leur présence, ils ne doutent pas de leurs compétences ou connaissances et peuvent s'orienter vers l'un ou l'autre en fonction de leur motif de consultation et de leur confiance [20].

Du point de vue des étudiants de troisième cycle

Une fois l'appréhension de la phase de supervision directe passée et une mise en confiance par le MSU nécessaire, les étudiants en stage ambulatoire de niveau 1 gagnent en assurance [21].

L'objectif du stage ambulatoire de niveau 2 est la mise en autonomie. Les étudiants ont cependant souvent conscience que leur niveau de compétence attendu en fin de parcours de formation initiale n'est pas acquis à l'issue du DES pour certaines familles de situation [22].Une phase de consolidation en situation authentique ambulatoire pourrait permettre de répondre à l'ensemble des exigences de la dernière étape de la formation professionnalisante des étudiants de troisième cycle de médecine générale dans les territoires.

Le cadre légal est posé par la réforme des études médicales de 2017, répondant aux exigences pédagogiques du cursus, de la profession, ainsi qu'aux besoins de santé de la population dans la lignée des résolutions du projet national « Ma santé 2022 ».

La maîtrise de stage expose les étudiants à cette nouvelle dimension de leur futur métier, ce qui pourra renforcer le désir d'installation et la motivation à devenir MSU.

Références

[1] Le Clech Y. Devenir maître de stage universitaire en médecine générale : focus sur le parcours professionnel. Thèse d'exercice. France: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2020.

[2] Anantharajah AS. Influence du stage ambulatoire du deuxième cycle des études médicales sur la perception de l'exercice de la médecine générale par les externes. Thèse d'exercice. France: Université d'Angers ; 2021.

[3] De Jong J, Visser MRM, Wieringa-de Waard M. Who determines the patient mix of GP trainees? The role of the receptionist. Fam Pract 2011 ;28(3):287–93.

[4] World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Wonca Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education. [En ligne] WONCA, 2013. Disponible sur : https://www.globalfamilydoctor.com.

[5] Bak Caranta M. Tour d'horizon de la maîtrise de stage dans le monde. Thèse d'exercice. France: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2020.

[6] Friesse S. État des lieux de la maîtrise de stage en médecine générale dans le monde : Amérique, Europe de l'Ouest et du Sud et Bassin Méditerranéen, Moyen-Orient, Asie du Sud et de l'Est. Thèse d'exercice. France: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2020.

[7] Touchard S. Être maître de stage universitaire : une influence sur le quotidien du médecin généraliste ? Thèse d'exercice. France: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2020.

[8] Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? Thèse d'exercice. France: Université de Tours, UFR de médecine ; 2017.

[9] Bufala-Delaval M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. Thèse d'exercice. France: Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine ; 2014.

[10] Levasseur G, Schweyer F-X. Priorités et programmes régionaux de santé : enquête auprès des médecins généralistes enseignants de Bretagne. Santé Publique (Bucur) 2003 ;15(3):359–67.

[11] Delpech R, Noël F. Caractéristiques sociodémographiques et pratiques préventives des médecins généralistes: être maître de stage des universités les modifient-elles? exercer 2019 ;155:300–5.

[12] Quemener A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires de Rennes : une étude transversale à partir du Système National des Données de Santé (SNDS). Thèse d'exercice. France: Université de Rennes 1 ; 2020.

[13] Aubry C. Les taux de réalisation des critères d'efficience de prescription de la rémunération sur objectifs de santé publique diffèrent-ils si le médecin généraliste est maître de stage des universités ? : une étude de janvier 2012 à avril 2015 auprès des médecins généralistes du Nord – Pas-de-Calais. Thèse d'exercice. France: Lille, Université du droit et de la santé ; 2016.

[14] Rigal L. Qualité des pratiques préventives des généralistes maîtres de stage franciliens exercer 2012 ;100:56–7.

[15] Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. Qual Saf Health Care 2003 ;12(1):29–34.

[16] Devillers L, Sicsic J, Delbarre A, Le Bel J, Ferrat E, Saint Lary O. General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France. PLoS One 2018 ;13(1), e0190522.

[17] Renzo A, Regnault A. Être maître de stage universitaire protège-t-il du burnout ? Thèse d'exercice. France: Université d'Angers ; 2014.

[18] Sarti R. Impact du statut de maître de stage universitaire sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste. Une étude quantitative réalisée dans les Bouches-du-Rhône. Thèse d'exercice. France: Aix-Marseille Université, Faculté de médecine ; 2017.

[19] Giannettini M. Satisfaction des patients après une consultation avec un interne autonome en stage ambulatoire de médecine générale (SASPAS). Thèse d'exercice. France: Sorbonne université (Paris), Faculté de médecine ; 2019.

[20] Rozier I. Vécu des patients consultant l'interne en SASPAS : étude qualitative dans le département de la Somme. Thèse d'exercice. France: Université de Picardie Jules-Verne ; 2021.

[21] Said L. Supervision directe : quel est le vécu des internes de médecine générale en stage de niveau 1 ? Thèse d'exercice. France: Université de Tours. UFR de médecine ; 2020.

[22] Wartelle A. Attentes et ressenti des internes de médecine générale de Lille effectuant un SASPAS quant à leur stage. Thèse d'exercice. France: Université de Lille ; 2018.

Recherche en médecine générale

Jean-Philippe Joseph, Cédric Rat

PLAN DU CHAPITRE

État des lieux de la recherche en médecine générale 553
Les « producteurs de recherche » en médecine générale 554
Les différents types de recherche. 554
Exemple de recherches en médecine générale menées en France 554
Conclusion 555

Depuis 2002, il existe une définition de la discipline médecine générale proposée par la WONCA Europe [1]. La médecine générale est décrite comme « *une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques* » et aussi comme « *une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* ».

Cette définition donne un cadre conceptuel précis et décrit un contenu spécifique de la médecine générale. Les trois éléments constitutifs de l'*evidence-based medecine* (EBM) sont mis en avant : les données scientifiques validées, le contexte clinique ambulatoire et le comportement du patient dans son milieu de vie [2]. Comme toute discipline médicale, la médecine générale se développe autour de trois dimensions, que sont les soins, l'enseignement et la recherche [3].

La recherche est un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité de soins. Dans un rapport de 2008 sur la santé dans le monde, intitulé « *Primary care: now more than ever* » [4], l'OMS a souligné le besoin de développer la production de connaissances et donc les travaux de recherche en soins premiers.

Il n'existe pas de définition officielle de la recherche en médecine générale. Cependant, ses caractéristiques ont été précisées en 2006 par le rapport de Pouvourville, qui la décrit comme « *une recherche clinique et épidémiologique portant sur les problèmes de santé rencontrés en première ligne* » [5]. Elle vise à identifier ces problèmes pour en déduire des modalités d'intervention. Elle évalue également les prises en charges existantes.

Un des objectifs est de produire des données qui permettront d'énoncer des recommandations de pratique adaptées au contexte de la médecine générale. En effet, les études de soins secondaires ou tertiaires ne sont pas toujours adaptées à l'exercice ambulatoire. La production de données issues de la pratique en médecine générale est essentielle pour alimenter les démarches diagnostiques et les stratégies thérapeutiques, et réduire l'écart entre les recommandations et les pratiques [5, 6].

La recherche en médecine générale fait partie intégrante de la recherche en soins premiers. Ces derniers recouvrent des thèmes qui vont porter non seulement sur la médecine générale mais également sur l'ensemble des services de soins de santé de première ligne. Elle est nécessaire pour fournir des indicateurs de terrain susceptibles d'influencer les décisions de santé publique [2, 5].

État des lieux de la recherche en médecine générale

À l'étranger, la recherche en soins premiers et en médecine générale s'est développée en avance sur notre pays [5].

Les pays ayant fait le choix de la création d'une filière universitaire de plein droit en médecine générale comme les Pays-Bas dès les années soixante, sont aujourd'hui en tête des nations, avec le Royaume-Uni, en termes de publications scientifiques [5, 7] et en termes de diffusion de la culture de la recherche auprès des professionnels de premier recours. Ainsi, 3 % des médecins généralistes hollandais sont titulaires de l'équivalent d'un doctorat de sciences biologiques et médicales.

En France, il en a été différemment. L'un des objectifs de la réforme de 1958 a été de mettre la recherche scientifique au cœur des CHU. D'un côté cette réforme a permis de grandes avancées pour la recherche hospitalo-universitaire ; d'un autre côté, elle a malheureusement engendré un retard considérable de la recherche en soins premiers, alors que ceux-ci représentent la majeure partie des soins dispensés à l'échelle nationale, les médecins généralistes réalisant environ 300 millions d'actes de soins par an.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le développement de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) a permis celui de la recherche ces dix dernières années. Cependant, notre pays reste devancé par les Pays-Bas, le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni en matière de production scientifique, ces pays ayant fait le choix d'un engagement fort et ancien dans le déploiement de la discipline universitaire, dans la structuration de réseaux d'investigateurs et dans la constitution de bases de données en soins primaires [7].

Les « producteurs de recherche » en médecine générale

Il existe en France plusieurs producteurs de recherche en soins premiers au sein desquels les médecins généralistes jouent un rôle prépondérant.

Les départements de médecine générale (DMG) demandent à tout étudiant de mener une première expérience de recherche lors de la réalisation de la thèse d'exercice [5]. L'arrivée au sein des DMG des premiers chefs de cliniques en 2008 a permis, sur leur temps dédié à la recherche, la réalisation de travaux portant sur la médecine générale [6].

Les sociétés savantes jouent un rôle central dans le développement de la recherche par leur double fonction de formation continue et de recherche.

Ces structures ont un rôle prépondérant dans la recherche en soins premiers et s'articulent s'articulent avec l'écosystème de la recherche française composé notamment de l'Inserm, du CNRS et des CHU.

Enfin, les cabinets de médecine générale, les équipes de soins primaires (ESP), les maisons de santé pluriprofessionnelles — dont certaines sont universitaires (MSPU) —, les centres de santé (CDS/CDSU) et depuis 2020 les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettent de mailler le territoire grâce au développement de réseaux d'investigateurs.

Les réseaux d'investigateurs

Les résultats d'une enquête nationale publiée en 2018 ont montré en France une réelle dynamique de construction de réseaux ancrés autour des départements universitaires de médecine générale, en lien étroit avec les Collèges de maîtres de stages des universités [8]. Il existe cependant une disparité entre les régions quant à l'organisation de la recherche et de la création de réseaux d'investigateurs structurés. Les chercheurs interrogés attendent d'un réseau national une mise en relation des différents réseaux régionaux pour potentialiser le travail. Le financement de ces réseaux apparaît comme une étape indispensable de leurs développements.

Les différents types de recherche

L'article L. 1121-1 du Code de la santé publique (dit Loi Jardé), en vigueur depuis le 31 décembre 2016, précise les frontières des trois catégories de recherche impliquant la personne humaine [9]. Ces recherches sont organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques et médicales :

- **les recherches interventionnelles** (catégorie 1). Elles comportent une intervention sur les personnes non dénuées de risques pour celles-ci. Il s'agit pour l'essentiel de recherches menées sur les médicaments et autres produits de santé susceptibles d'avoir des effets négatifs ou indésirables graves pour les personnes ou des recherches menées sur les denrées alimentaires par exemple. Cette catégorie de recherche correspond à ce qui était défini antérieurement comme les « recherches biomédicales » ;
- **les recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimes** (catégorie 2). Ces recherches peuvent comporter l'utilisation de produits de santé dans leurs conditions habituelles d'utilisation. Elles peuvent également comporter des actes peu invasifs (prise de sang, imagerie médicale, etc.) ;
- **les recherches non interventionnelles ou observationnelles** (catégorie 3). Elles entrent désormais dans le champ de la réglementation encadrant les recherches impliquant la personne humaine. Il s'agit de toutes les recherches impliquant des personnes ne comportant aucun risque ni contrainte particulière.

Les recherches n'impliquant pas la personne humaine sont dites hors Loi Jardé. Il s'agit de recherches qui n'ont pas pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales au sens réglementaire, ou qui ne relève pas de la qualification de recherche impliquant la personne humaine. Parmi elles, on peut citer les études sur bases de données, les études interrogeant des professionnels sur leurs pratiques. Il peut s'agir aussi d'études ayant un caractère exploratoire utilisant les méthodes de la recherche qualitative. Elles permettent une meilleure compréhension du comportement des médecins et de leurs patients, ou de l'organisation des soins.

Exemple de recherches en médecine générale menées en France

Afin d'illustrer le champ et les thématiques concernées par la recherche en médecine générale, quelques exemples (liste non exhaustive) d'envergure nationale voire internationale sont présentés ici.

Études observationnelles

- L'étude **CAPA** (*Community-Acquired Pneumonia in an Ambulatory setting*) est une étude observationnelle, nationale, prospective, multicentrique, menée par le CNGE. L'objectif était la description des pneumopathies aiguës communautaires. Les données ont été recueillies par 320 médecins généralistes, membres du réseau d'investigateurs du CNGE de septembre 2011 à août 2012. Cette étude a donné lieu à une publication en 2015 dans la revue *Nature Partner Journal - Primary Care Respiratory Medecine* [10].
- L'étude **ECOGEN** (Étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale) est une étude observationnelle, nationale, transversale, multicentrique, également mise en œuvre par le CNGE. Des internes en stage de niveau 1 chez le médecin généraliste ont recueilli les données concernant les procédures de soin et les motifs de

consultation des patients dans 128 cabinets de médecine générale lors de 20 000 consultations entre décembre 2011 et avril 2012. L'étude a donné lieu à plusieurs publications dont deux en langue française dans la revue *exercer* en 2014 [11, 12].

- L'étude **ASTROLAB** est un projet européen réalisé en France et au Royaume-Uni dont le protocole a été publié en 2015 dans la revue *Nature Partner Journal - Primary Care Respiratory Medecine*. Cette étude observationnelle prospective menée auprès d'enfants et d'adultes asthmatiques en France et en Angleterre, a évalué l'impact de l'utilisation des β_2-mimétiques de longue durée d'action sur le nombre d'exacerbations [13].
- L'étude **CACAO** (Comparaison des Accidents et de leurs Circonstances sous Anticoagulants Oraux) a été menée conjointement par le CNGE et l'IRMG dans le cadre de l'association CIA (CNGE IRMG Association). C'est une étude observationnelle, descriptive, transversale, multicentrique, nationale incluant des patients sous anticoagulants oraux. L'objectif était de comparer le nombre de patients ayant conscience de prendre un traitement anticoagulant, AVK (antivitamine K) et AOD (anticoagulants oraux directs). Elle a été publiée en 2017 dans la revue en ligne américaine *PlosOne* [14].

Études interventionnelles

- L'étude **ESCAPE** (Effets d'une Série de Consultations Approfondies de Prévention sur l'Évolution des facteurs de risque des patients hypertendus à haut risque en prévention primaire) a été menée par le CNGE et publiée en 2013 dans la revue anglo-saxonne *Trials - Bio Med Central* [15]. Cette étude interventionnelle a donné lieu à la formation d'un premier réseau d'investigateurs au sein du CNGE. Il s'agissait d'un essai pragmatique, contrôlé, randomisé. L'objectif était de mesurer l'impact d'une formation auprès de médecins généralistes sur la santé des patients hypertendus. Elle a comparé l'atteinte d'objectifs thérapeutiques entre un groupe de médecins ayant bénéficié d'une formation et un groupe témoin. L'étude s'est déroulée de 2006 à 2009 [15, 16].
- L'étude ***Impact of Information Leaflets on Behavior of Patients with Gastroenteritis or Tonsillitis*** évaluait l'impact d'un dépliant informatif à destination des patients sur leur comportement lors d'une consultation pour une gastro-entérite ou une rhinopharyngite en médecine générale. Elle a été publiée en 2013 dans le *Journal of Internal Medecine* [17].
- L'étude **CANABIC** (*CANnabis and Adolescents, a Brief Intervention to Reduce Their Consumption*) était une étude interventionnelle, randomisée, en deux bras parallèles. L'objectif était d'évaluer l'impact d'interventions brèves menées par des médecins généralistes sur la consommation de cannabis chez des adolescents de 15 à 19 ans. Cette étude a été menée par le DMG de Clermont-Ferrand et publiée dans la revue *Trials* [18] en 2014.
- L'étude **ETIC** (Education Thérapeutique des patients Insuffisants Cardiaques) était un essai clinique prospectif randomisé interventionnel, mené par le DMG de Clermont-Ferrand. Il a évalué l'impact de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie de patients insuffisants cardiaques. Cette étude a été publiée en 2016 dans la revue *BMC Family Practice* [19, 20].
- L'étude **PAAIR2** (*Long Term Effect of General Practitioner Education on Antibiotic Prescribing*), menée par le DMG de Créteil, évaluait l'impact d'un séminaire de formation à l'éducation thérapeutique pour les médecins généralistes, sur la prescription d'antibiotiques dans les infections du tractus respiratoire, 4 à 5 ans après cette formation. Elle a été publiée en 2016 dans le journal *Family Practice* [21].
- L'étude **BECOMEG**, menée par le DMG Paris-Descartes et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), était une étude interventionnelle comparative, multicentrique. L'objectif était d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'une corticothérapie orale dans la prise en charge des exacerbations aiguës de BPCO en médecine générale, grâce à une méthodologie robuste d'essai contrôlé en double aveugle contre placebo. La fin du recueil des données était prévue pour décembre 2017 mais le nombre de sujets nécessaires n'a pu être atteint [22].
- L'étude **SAGA** (Statines Au Grand Âge), menée par le DMG et le CHU de Bordeaux, est une étude interventionnelle financée au titre de programme de recherche médico-économique en 2014 [23]. L'objectif principal de l'étude SAGA est d'évaluer, en soins premiers, l'intérêt clinique et médico-économique de l'arrêt des statines chez les personnes âgées de 75 ans et plus, traitées en prévention primaire. Elle aidera à conclure sur la place des statines dans cette population [24].
- L'essai **COVERAGE** est un essai thérapeutique randomisé ambulatoire promu par le CHU de Bordeaux en 2020 et soutenu par le CNGE. Son objectif est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de traitements médicamenteux pris à la phase précoce, chez des patients atteints du COVID-19 et présentant des facteurs de risque de formes graves. Deux traitements (corticoïdes inhalés et interféron inhalé) ont été évalués en comparaison avec un traitement par multivitamines [25]. Ce projet a été actif en Ile-de-France, à Bordeaux, Toulouse, Dijon, Nancy et Montpellier, avec le concours des DMG.

Conclusion

Le médecin généraliste a une place de choix dans le suivi d'une population en soins premiers. Il est un des acteurs de proximité, souvent accueilli au domicile du patient. Il est présent à tout âge, de la prévention primaire à l'accompagnement de fin de vie. Les motifs de consultations en médecine générale sont très variés, avec une prise en charge reposant sur une approche globale centrée sur le patient.

La recherche en médecine générale est un enjeu majeur qu'il est nécessaire de structurer avec des équipes de recherche en médecine générale, rassemblant des compétences multiples, pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles. Elle nécessite une importante aide financière et la création d'une agence dont la mission première serait de souligner, coordonner et financer la recherche sur les soins primaires, à l'instar de la proposition d'un récent rapport américain [26].

Développer la recherche en s'appuyant sur les compétences des médecins généralistes permettra au médecin

d'être un acteur plus efficient pour le patient et la santé des populations.

Références

[1] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and care competencies. Br J Gen Pract 2002;52:526–7.

[2] Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rev Epidem Sante Pub 2013;61:193–7.

[3] Gay B, Druais PL, Renard V. Les 30 ans du CNGE: l'émergence de la médecine générale universitaire exercer 2013;110:244–9.

[4] World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than eve. [En ligne] Genève, Suisse 2003. Disponible sur : https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.

[5] De Pouvourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions 2006. Rapport remis à Monsieur le ministre de la Santé et à Monsieur le ministre délégué à la Recherche. Comité d'Interface INSERM-Médecine Générale 2006.

[6] Pouchain D, Druais PL, Renard V, Huas D. Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients exercer 2008;84(19):130–4.

[7] Hajjar F, Saint-Lary O, Cadwallader JS, et al. Development of primary care research in North America, Europe, and Australia from 1974 to 2017. Ann Fam Med 2019;17(1):49–51.

[8] Charvin L, Bayen M, Lognos B, Rouge M, Saint-Lary O, Laporte C. État des lieux des réseaux d'investigateurs recherche dans les départements de médecine générale et collèges régionaux d'enseignement exercer 2018;146:354–9.

[9] Code de la Santé publique. Article L. 1121-1. [En ligne]. Disponible sur, https://www.legifrance.gouv.fr.

[10] Partouche H, Buffel de Vaure C, Personne V, et al. Suspected community-acquired pneumonia in an ambulatory setting (CAPA): a French prospective observational cohort study in general practice. NPJ Prim Care. Respir Med 2015;25(15010):1–7.

[11] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN: étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale 2014;114(25):148–57. exercer.

[12] Hsiung L, Supper I, Guérin MH, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale: analyse des données de l'étude nationale ECOGEN 2014;114(25):162–9. exercer.

[13] Van Ganse E, Texier N, L Dima A, et al. Assessment of the safety of long-acting-β2-agonists in routine asthma care : the ASTRO-LAB protocol. NPJ Prim Care. Respir Med 2015;25(15040):1–5.

[14] Frappé P, Cogneau J, Gaboreau Y, et al. Areas of improvement in anticoagulant safety. Data from the CACAO study, a cohort in general practice. PLoS ONE 2017;12(4):1–11.

[15] Pouchain D, Lièvre M, Huas D, et al. Effects of a multifaceted intervention on cardiovascular risk factors in high-risk hypertensive patients: the ESCAPE trial, a pragmatic cluster randomized trial in general practice. Trials 2013;14(318):1–11.

[16] Huas D, Chevallier P, Pouchain D. Les données d'inclusion dans l'étude ESCAPE. exercer 2008;80:17–8.

[17] Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, et al. Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: A cluster randomized trial in french primary care. Stagiaire J Gen Med 2013;28(1):25–31.

[18] Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, et al. CANABIC: CANnabis and Adolescents : effet of a Brief Intervention on their Consumption-study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2014;15(40):1–8.

[19] Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, et al. Patient education in chronic heart failure in primary care (ETIC) and its impact on patient quality of life: design of a cluster randomised trial. BMC Fam Pract 2014;15(208):1–9.

[20] Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, et al. Impact of patient education on chronic heart failure in primary care (ETIC): a cluster randomised trial. BMC Fam Pract 2016;17(80):1–13.

[21] Ferrat E, Le Breton J, Guéry E, et al. Effects 4.5 years after an interactive GP educational seminar on antibiotic therapy for respiratory tract infections: a randomized controlled trial. Fam Pract 2016;33(2):192–9.

[22] Collège National des Généralistes Enseignants. Étude BECOMEG. [En ligne]. Paris: CNGE; 2015. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_recherche/etude_becomeg/.

[23] Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme de recherche médico-économique -PRME. [En ligne]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/article/programme-de-recherche-medico-economique-prme.

[24] Bonnet F, Bénard A, Poulizac P, et al. Discontinuing statins or not in the elderly? Study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2020;21:342.

[25] Duvignaud A, Lhomme E, Pistone T, et al. Home treatment of older people with symptomatic SARS-CoV-2 infection (COVID-19): A structured summary of a study protocol for a Multi-Arm Multi-Stage (MAMS) randomized trial to evaluate the efficacy and tolerability of several experimental treatments to reduce the risk of hospitalisation or death in outpatients aged 65 years or older (COVERAGE trial). Trials 2020;21(1):846.

[26] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. [En ligne]. Washington, DC: The National Academies Press; 2021. Disponible sur : https://www.nationalacademies.org/our-work/implementing-high-quality-primary-care.

Chapitre 60

Formation continue, développement professionnel continu

Marc Bayen

PLAN DU CHAPITRE

De la formation professionnelle continue au développement professionnel continu 557
L'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) 558
Le développement professionnel continu en chiffres 559
Le développement professionnel continu en pratique 559
Le développement professionnel continu, pierre angulaire de la recertification ? 561
Conclusion 562

De la formation professionnelle continue au développement professionnel continu

En application de la loi de 1971 sur la formation continue, la formation médicale continue (FMC) se met en place avec la création de nombreuses associations au niveau national. En 1979, la FMC est inscrite dans le Code de déontologie médicale. Son objectif était à la fois l'amélioration des connaissances, de la qualité et de l'efficience des soins. C'est en 1999, avec la loi de financement de la Sécurité sociale que l'évaluation des pratiques professionnelles est apparue, ayant pour objectif de permettre à chaque praticien de « *disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique* ».

La formation médicale continue est devenue une nécessité sociétale.

La formation médicale initiale des spécialistes de médecine générale dure actuellement 9 ans. La formation continue s'est longtemps fondée essentiellement sur l'entretien du « savoir » en termes de connaissances. Actuellement, l'approche tend vers une valorisation des compétences (paradigme d'apprentissage par compétences) [1].

En concordance avec la pratique médicale, une formation médicale continue est indispensable pour assurer le maintien et le développement des compétences professionnelles essentielles à l'amélioration de la qualité des soins.

Le caractère obligatoire de la formation médicale continue est inscrit dans l'article L. 4133-1, modifié par les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004, du Code de la santé publique qui énonce que : « *La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins (…).* » En France, jusqu'alors, les médecins n'ont jamais eu à rendre compte de cette obligation, la société ne s'étant jamais donné les moyens de la vérifier.

En 2009, pour accompagner le développement des compétences des professionnels de santé, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires a introduit la notion de développement professionnel continu (DPC), programme personnel d'apprentissage fondé sur une pratique réflexive [2]. C'est l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) qui est en charge de la gestion du DPC.

Depuis 2013, le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il concerne tous les professionnels de santé, libéraux et salariés, médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et professions paramédicales.

En 2016, la loi de modernisation du système de santé a renforcé le caractère obligatoire de la formation continue et en a modifié les dispositions comme suit : « *Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé* [3]. »

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, le DPC, dans ce modèle, intègre différentes méthodes telles que la constitution de groupes d'analyses de pratiques sur des situations authentiques.

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le décret du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC met en place une nouvelle agence : l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), qui remplace l'OGDPC [4].

De surcroît, un nouveau chapitre du Code de la santé publique vient préciser les modalités de mise en œuvre de l'obligation de DPC. Le DPC devient obligatoire quel que soit le mode d'exercice libéral ou salarié. Chaque professionnel a pour obligation de créer à son initiative et sous sa responsabilité un parcours de formation intégrant à partir du 1er janvier 2017 une démarche triennale de DPC.

L'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)

L'ANDPC des professionnels de santé de France est un groupement d'intérêt public (GIP), constitué paritairement entre l'État et l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Missions et fonctions de l'ANDPC

Elle a pour principale mission le pilotage du DPC pour les professionnels de santé, avec comme fonctions :

- d'évaluer les organismes et structures mettant en place le DPC dans les territoires ;
- de garantir la qualité scientifique et pédagogique des actions et programmes de DPC ;
- d'évaluer l'impact du DPC sur l'amélioration et l'efficience du dispositif ;
- de promouvoir le dispositif de DPC (information des professionnels de santé, des organismes et des employeurs) ;
- de participer au financement des actions de DPC pour les professionnels de santé pouvant être pris en charge par l'Agence.

Évaluation des organismes et structures

Pour pouvoir mettre en place des formations pour les professionnels de santé libéraux et salariés dans le cadre du DPC, chaque organisme de formation doit être enregistré par l'ANDPC. Celle-ci assure aussi l'évaluation et le contrôle des organismes de DPC, et permet aux commissions scientifiques indépendantes l'évaluation des programmes.

Garantie de la qualité des actions et programmes de DPC

Pour garantir la qualité scientifique et pédagogique des actions et programmes de DPC, permettre l'évaluation de l'impact du DPC sur l'amélioration et l'efficience du dispositif et la promotion du dispositif ont été mis en place le Haut conseil du développement professionnel continu (HCDPC) et les commissions scientifiques indépendantes (CSI).

Le HCDPC a un rôle de conseil d'orientation scientifique et pédagogique au sein de l'ANDPC. Pour cela, le HCDPC doit :

- assurer la coordination des travaux relatifs au DPC. Ces travaux sont menés par les conseils nationaux professionnels (CNP) qui rassemblent pour chaque spécialité les différentes composantes de la profession au niveau scientifique, syndical et académique. Pour la médecine générale, le CNP est le Collège de la médecine générale ;
- travailler à la définition des critères d'évaluation scientifique et pédagogique des actions de DPC ;
- proposer le plan annuel de contrôle des organismes ;
- contribuer à « *l'évaluation de l'impact du DPC sur les pratiques professionnelles et à la promotion des échanges interprofessionnels* ».

Le HCDPC est composé des représentants des CNP, des Collèges de bonnes pratiques, des instances ordinales, de la HAS, des syndicats et organisations professionnelles représentatifs des professionnels de santé libéraux, hospitaliers et autres salariés, des universités, et des employeurs.

Les **CSI** ont pour fonctions :

- d'évaluer les actions de DPC proposées par les organismes de formation ;
- de déterminer en lien avec le HCDPC les critères scientifiques et pédagogiques d'évaluation ;
- de mettre en œuvre un plan de contrôle annuel en lien avec l'ANDPC.

Les membres de chaque CSI sont des professionnels de santé ayant une expertise scientifique et pédagogique dans le domaine de la formation continue et du DPC.

Participation au financement des actions de DPC pour les professionnels de santé pouvant être pris en charge par l'ANDPC

L'Agence participe à la prise en charge financière des actions et programmes prévus dans le cadre du DPC et répondant aux orientations prioritaires pluriannuelles, pour les professionnels de santé :

- libéraux (biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes) ;
- professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés ;
- médecins des établissements de santé et médico-sociaux.

Le budget alloué au DPC des professionnels de santé éligibles à la contribution financière de l'ANDPC est défini, pour 3 ans, par la convention d'objectifs et de gestion (COG) réalisée entre l'État et la CNAMTS. Il est constitué à partir :

- des apports de ses membres (État et UNCAM) ;
- des contributions volontaires d'organismes publics ou privés, autres que les établissements de santé, dans les conditions définies par des conventions avec ces organismes.

Pilotage de l'ANDPC

L'ANDPC, GIP constitué le 1er juillet 2016, est pilotée par l'assemblée générale composée des membres fondateurs du GIP, l'État et l'UNCAM, et a un rôle de conseil d'administration. L'assemblée générale délibère notamment sur le budget, l'activité, les objectifs, les contrats (ressources humaines, matériels…), les conventions (organismes collecteurs agréés) et les marchés de prestations de l'Agence.

Veille et contrôle sur la déontologie liée au DPC et à sa gestion

L'ANDPC s'est dotée d'un **comité d'éthique** (art. R. 4021-12 du Code de la santé publique), composé de personnalités indépendantes choisies en fonction de leur expertise en matière d'éthique en santé. Ces personnalités sont issues des secteurs de la santé et du droit, choisies pour leur expertise reconnue et leur indépendance tant à l'égard de l'industrie pharmaceutique que de la formation continue.

Les composantes professionnelles interviennent également dans le dispositif. Ainsi, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les commissions médicales d'établissements de santé (CME) des établissements de santé publics et privés contribuent au plan de DPC relatif aux professions de santé.

Le comité d'éthique travaille à la prévention des conflits d'intérêts et des dérives sectaires dans le cadre du DPC, en assurant une veille sur la prévention des conflits d'intérêts et l'indépendance en matière de formation professionnelle des acteurs de santé.

Ses missions réglementaires sont les suivantes (art. R. 4021-12 du Code de la santé publique) :

« 1° *Contribuer par ses avis à une application complète et homogène des règles relatives à la prévention des conflits d'intérêts au sein des instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu et des organismes ou structures de développement professionnel continu pour ce qui concerne les actions financées par l'Agence ainsi qu'à l'indépendance des personnes en charge de la réalisation de ces actions* ;

« 2° *Assurer, avec le concours de l'Agence, une veille sur le respect des règles de la concurrence et sur les meilleures pratiques en matière de prévention des conflits d'intérêts et d'indépendance des organismes et responsables de la formation professionnelle des professionnels de santé.* »

Le comité d'éthique a élaboré une charte[76] sur deux axes principaux [5] :

- protéger les membres des instances et les agents salariés de l'Agence de toute mise en cause du fait d'un conflit d'intérêts avéré ;
- garantir pour les organismes de développement professionnel continu le respect des règles de la concurrence.

Cette charte intègre, des règles spécifiques relatives aux membres des instances de l'Agence, aux personnels de l'Agence, aux organismes de développement professionnel continu. La charte éthique a également une fonction pédagogique. Elle constitue pour tous les acteurs du développement professionnel continu, membres des instances, salariés de l'Agence ou organismes de DPC un guide pour la conduite à tenir.

Maîtrise des fonds alloués au DPC

Les modalités de gestion de l'enveloppe allouée au DPC sont déterminées par le conseil de gestion. Il répartit entre les différentes sections professionnelles de chaque profession le budget alloué au financement du DPC des professionnels de santé pouvant bénéficier d'une prise en charge de l'ANDPC (libéraux et salariés exerçant en centre de santé conventionné) et en assure le suivi. Il est constitué des membres de l'assemblée générale et de représentants de chacune des sections professionnelles.

Les modalités de prise en charge des actions de DPC et le suivi des enveloppes financières dévolues par le conseil de gestion sont réalisés par les sections professionnelles pour chaque profession de santé qu'elle représente. Elles sont composées d'un représentant de chacune des organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national.

Le développement professionnel continu en chiffres

La crise sanitaire a évidemment impacté le DPC en 2020 : l'activité de DPC présentielle a été empêchée pendant toute la période du premier confinement et nombre de professionnels (médecins, infirmiers, biologistes, pharmaciens), en première ligne dans la prise en charge des patients, n'ont pu s'engager cette année dans le DPC.

Le bilan au 31 décembre 2020 de l'ANDPC [6] fait ressortir une baisse globale des inscriptions de 9,7 % en rapport avec la pandémie de COVID-19.

Parmi les 3 358 ODPC ayant soumis une demande d'enregistrement à l'ANDPC depuis septembre 2016, 2 553 (soit 76 %) ont été enregistrés dont 1 507 pour les médecins, 717 (soit 21 %) ont été rejetés, 59 (soit 2 %) étaient en cours d'enregistrement au 31 décembre 2020. Enfin 29 organismes (soit 1 %) ont été désenregistrés à cette date.

En 2020, l'ANDPC a publié 11 481 actions dont 50,6 % pour les médecins (88,9 % de formation continue, 3,0 % d'EPP et 0,3 % de gestion des risques ; 7,8 % de programmes intégrant formation continue et EPP).

La plupart des actions sont monoprofessionnelles avec 7 992 actions publiées (soit 67,5 %) contre 3 489 (soit 32,5 %) en pluriprofessionnel.

Au 31 décembre 2020, le nombre total de comptes personnels s'élevait à 397 487 avec un nombre d'inscrits à au moins une action de DPC qui s'établissait à 235 916, et 146 677 professionnels de santé se sont inscrits à au moins une action de DPC. Le bilan 2020 de l'ANDPC fait ressortir que 160,7 millions d'euros ont été engagés pour le financement des actions de DPC des professionnels de santé libéraux et salariés en centre de santé conventionné.

Le développement professionnel continu en pratique

Un dispositif réglementé

Le DPC est un dispositif de formation réglementé. Chaque professionnel de santé doit suivre un parcours pour remplir son obligation triennale. Les précédents dispositifs de formation conventionnels (FPC et FCC) ont été abandonnés au bénéfice du DPC et le système de crédit/points n'existe plus. Le DPC est une démarche active tout au long de l'exercice professionnel, permettant au professionnel de santé d'être acteur de sa formation et de favoriser les coopérations interprofessionnelles et le décloisonnement entre les différents modes d'exercices (ville, hôpital).

[76] https://www.agencedpc.fr/le-dpc/charte-ethique-du-dpc.

Le DPC, pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Le DPC a pour objectifs l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques, le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, la prise en compte des priorités de santé publique (par exemple, personnes âgées en risque de perte d'autonomie, ou PAERPA).

Pour satisfaire leur obligation triennale, l'ANDPC met à disposition des professionnels de santé l'offre de DPC composée d'actions et de programmes de DPC répondant aux orientations nationales prioritaires :

- action cognitive (concernant l'approfondissement des connaissances) ;
- action d'analyse des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle effective du professionnel) ;
- gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation).

Le professionnel de santé, médecin généraliste, choisit une des possibilités suivantes : soit suivre le parcours recommandé et conçu par le CNP de sa spécialité, respectant les orientations prioritaires triennales fixées par le ministère de la Santé ou par son CNP, soit réaliser un parcours libre comprenant deux actions au minimum pendant la période, parmi les trois groupes : évaluation et amélioration des pratiques, gestion des risques ou formation.

Les actions et programmes de DPC dispensés par les organismes dans le cadre légal sont contrôlés. Ces formations doivent répondre à des critères définis par arrêté ministériel (orientations, méthodes, données validées, qualification des concepteurs et intervenants, modalités d'évaluation des actions de formation, transparence, indépendance financière…).

Méthodes de DPC (tableau 60.1)

Les actions se conforment à une des méthodes validées par la HAS : « *En 2019, la HAS publie une nouvelle liste avec 19 méthodes "actualisées" pour réaliser les actions de DPC. La publication de cette liste intervient après une période de concertation des parties prenantes concernées. Sur 19 méthodes, 11 sont des méthodes d'évaluation et d'amélioration des pratiques, 3 des méthodes de gestion des risques et 5 des méthodes de formation. Ces méthodes sont classées par dominantes, certaines méthodes pouvant appartenir à plusieurs catégories. La HAS est à l'écoute des professionnels de santé et des CNP pour faire en sorte que ces méthodes répondent à leurs besoins* [7]. »

Orientations nationales de DPC

Les orientations prioritaires de DPC ont vocation à accompagner la politique nationale de santé, certains axes de la politique conventionnelle et les enjeux d'amélioration des pratiques des différentes professions et spécialités. Elles sont élaborées pour une durée de 3 ans. En janvier 2020 s'est ouverte une nouvelle période triennale de validation individuelle du DPC.

Tableau 60.1 **Méthodes de DPC (HAS, 2019).**

Évaluation et amélioration des pratiques	Audit clinique
	Bilan de compétences
	Chemin clinique
	Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire*
	Patient traceur
	Registre, observatoire, base de données**
	Réunion de concertation pluridisciplinaire
	Revue de pertinence des soins
	Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse des pratiques
	Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins**
	Test de concordance de script (TCS)*
	Vignettes cliniques (nouveau)
Gestion des risques	Accréditation des médecins et des équipes médicales (art. 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004)*,***
	Gestion des risques en équipe*,***
	Revue de mortalité et de morbidité (RMM)***
Formation	Formation en ligne ou e-learning
	Formation présentielle
	L'encadrement de stages, la maîtrise de stage/le tutorat***
	Réunion de revue bibliographique ou journal club
	Simulation en santé**,***

* Méthode qui peut aussi être valorisée en tant qu'action de formation.
** Méthode qui peut aussi être valorisée en tant qu'action de gestion des risques.
*** Méthode qui peut aussi être valorisée en tant qu'action d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

Toute action de DPC doit répondre à une des méthodes HAS citées ci-dessus et être indexée à une orientation prioritaire. Sous l'égide du ministère des Solidarités et de la Santé, l'ANDPC a piloté le processus d'élaboration des orientations nationales prioritaires de DPC pour la période 2019–2022 en lien avec les services de l'État, les CNP et l'Assurance Maladie. Elles ont fait l'objet de deux arrêtés ministériels successifs publiés au *Journal officiel* : l'arrêté du 31 juillet 2019, complété et modifié par l'arrêté du 8 avril 2020.

L'offre de DPC s'appuie désormais sur 256 orientations prioritaires triennales. Chaque orientation s'accompagne d'une fiche de cadrage en précisant les attendus et rendue opposable aux organismes de DPC.

Sur les 256 orientations prioritaires, 43 sont des orientations prioritaires de développement professionnel continu s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé et 10 sont des orientations prioritaires de développement professionnel continu définies pour la spécialité médecine générale (tableau 60.2).

Tableau 60.2 **Orientations prioritaires de développement professionnel continu du médecin spécialisé en médecine générale.**

Les fiches de cadrage détaillant le contenu de ces dix orientations sont consultables sur le site de l'ANDPC[77].

Orientation n° 94	Suivi du développement de l'enfant, dépistage et prévention primaire
Orientation n° 95	Prise en charge des patients multi morbides
Orientation n° 96	Prise en charge des patients à risque cardiovasculaire et métabolique
Orientation n° 97	Santé mentale notamment troubles anxieux et dépressifs avec développement des alternatives d'aide et de soins non pharmacologiques
Orientation n° 98	Urgence et régulation des demandes de soins non programmés (DSNP) et de la permanence de soins ambulatoires (PDSA)
Orientation n° 99	Gestes techniques utiles dans la pratique de la médecine générale
Orientation n° 100	Prévention de la désinsertion socio-professionnelle
Orientation n° 101	Communication avec le patient et son entourage
Orientation n° 102	Psychothérapie en médecine générale
Orientation n° 103	Démarche diagnostique en médecine générale

(Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022.)

Forfaits de DPC

L'ANDPC contribue à la prise en charge du DPC pour les professionnels de santé libéraux et salariés exerçant en centre de santé conventionné (biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes).

Chaque forfait de prise en charge comprend :

- la participation de l'Agence au paiement de l'organisme de DPC dispensant l'action suivie ;
- une indemnisation du professionnel de santé pour sa participation à l'intégralité de son action de DPC.

Le forfait de prise en charge correspond à un nombre d'heures de formation pris en charge par l'ANDPC.

Pour l'année 2021, le nombre d'heures pris en charge pour les médecins s'élève à 21 heures, pour le suivi d'actions de DPC « guichet » : formation continue, démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou de gestion des risques (GDR) et programmes intégrés.

À savoir :

- Les actions suivies les dimanches et jours fériés ne donnent pas lieu au versement d'une indemnisation pour perte de ressources.
- Les classes virtuelles sont prises en charge au même niveau que les actions présentielles en fonction de la typologie de l'action de DPC (formation continue, EPP ou GDR).

En plus des 21 heures annuelles s'ajoutent :

- une action de DPC maîtrise de stage universitaire hors quota en accord avec l'arrêté ministériel relatif à la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou troisième cycle des études de médecine ;
- 21 heures au titre de l'inscription à des actions sélectionnées dans le cadre de l'appel à projets « DPC interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné en santé » sur le triennal 2020–2022 ;
- une inscription à une action publiée dans le cadre de chacun des appels d'offres déployés à la demande du ministre des Solidarités et de la santé.

Traçabilité des DPC

Conformément à l'article R. 4021-5 du Code de la santé publique, l'ANDPC, en juillet 2021, a mis à disposition de l'ensemble des professionnels de santé un document de traçabilité électronique permettant de tracer l'ensemble des actions de DPC réalisées et d'en rendre compte à l'issue de chaque période triennale auprès de l'autorité chargée du contrôle.

Chaque professionnel de santé crée un compte sur le site de l'ANDPC et accède à son document de traçabilité lui permettant de conserver en ligne, tout au long de son activité professionnelle, les éléments attestant de son engagement dans la démarche de DPC.

Dans ce document, strictement individuel, le professionnel de santé déclare les différentes actions qu'il a suivies dans le cadre de chaque triennal : les actions de DPC répondant aux orientations nationales prioritaires, qu'elles aient été ou pas prises en charge par l'ANDPC ou un autre financeur, les autres actions suivies hors orientations.

Le professionnel de santé peut éditer les synthèses annuelles et triennales des actions suivies et, dès lors que son parcours de DPC se conforme à la recommandation faite par son CNP, il peut demander au CNP une attestation de conformité qu'il dépose dans son document de traçabilité.

Il appartient au professionnel de santé d'adresser la synthèse triennale à son organisme de contrôle. Afin de faciliter le travail des organismes de contrôle comme d'alléger la charge des professionnels, l'ANDPC met en œuvre, avec l'accord du professionnel, une transmission informatisée des données à son instance de contrôle. Ainsi, l'Agence est prête à fournir les données à sa disposition relatives aux actions suivies lors du premier triennal (2017-2019) pour tous les professionnels qui ont donné leur accord.

Seuls le professionnel et son organisme de contrôle peuvent avoir accès aux données nominatives et individuelles du document de traçabilité.

Le développement professionnel continu, pierre angulaire de la recertification ?

En novembre 2018, le rapport présenté par le professeur Serge Uzan préconisait la mise en place d'une démarche de recertification des médecins. Cette démarche intégrerait un parcours de formation établi par les CNP et le Collège de médecine générale en lien avec le référentiel métier et

[77] https://www.calameo.com/read/003656887ae3434804a07.

compétences en lien avec l'ANDPC. Le rapport propose que cette démarche s'applique à « *tous les médecins diplômés inscrits au tableau de l'Ordre à partir de 2021, dans le cadre du troisième cycle rénové des études médicales* » [8, 9]. Les médecins à diplôme hors Union européenne rejoindront le dispositif dès l'acquisition du plein exercice, c'est-à-dire, à la date de la parution au *Journal officiel* de leur réussite.

L'objectif de la recertification est de vérifier que tout médecin répond à son obligation déontologique de formation, de maintien des niveaux de connaissances et de compétences.

Des dispositions permettant de sanctionner les professionnels de santé sur la base de l'insuffisance professionnelle, et notamment les médecins qui ne respecteraient pas leur obligation annuelle de DPC, sont inscrites dans le décret du 26 mai 2014 modifiant le Code de la santé publique. Les sanctions possibles sont la suspension provisoire. Ce dispositif, en venant sanctionner l'absence de DPC, permet d'agir de façon indirecte, dans la mesure où il repose uniquement sur une procédure d'insuffisance professionnelle.

Pour l'instant en France, il n'existe aucun organisme capable de le vérifier, mais la traçabilité mise en place l'ANDPC en sera la première pierre.

Conclusion

Les médecins généralistes sont conscients de la nécessité de se former tout au long de leur exercice professionnel. Le DPC est devenu incontournable en termes de maintien des connaissances et d'amélioration des niveaux de compétences. Encore faut-il donner un nombre d'heures suffisant aux médecins généralistes pour pouvoir se former correctement. Le nombre de jours de formation indemnisés est passé de 8 jours par an du temps de la FPC à 3 jours par an (21 heures) en 2021 dans le cadre du DPC.

Concernant la recertification, des inconnues persistent et cette période triennale 2020–2022 sera décisive quant à sa mise en place.

Références

[1] Barbaroux A, Jedat J. Formation tout au long de la vie 2020;163:233–6. exercer.

[2] Loi nº 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. Paris: Journal officiel de la République française; 2009. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr/.

[3] Loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [En ligne]. Paris: Journal officiel de la République française; 2016. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr/.

[4] Décret nº 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. [En ligne]. Paris: Journal officiel de la République française; 2016. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr/.

[5] Agence nationale du Développement Professionnel Continu. La charte éthique du DPC. [En ligne]. Kremlin Bicêtre: ANDPC; 2018. Disponible sur www.agencedpc.fr/.

[6] Agence nationale du Développement Professionnel Continu. Bilan 2020 de l'Agence nationale du DPC, [En ligne]. Kremlin Bicêtre: ANDPC; 2021. Disponible sur www.agencedpc.fr/.

[7] Haute Autorité de santé. Démarche et méthodes de DPC. [En ligne]. Saint-Denis: HAS; 2019. Disponible sur www.has-sante.fr/.

[8] Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. [En ligne]. Paris: MSS; 2018. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/.

[9] Bertrand D, Bouet P. Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires. Bull Acad Natl Med 2020;204(6):589–97.

Index

β-hCG, 357

A

ABCDE (mélanome), 273
Abstinence post-sevrage, 172
Abus
– d'écran, 337
– médicamenteux (céphalées), 231–232
Acceptabilité des soins, 530
Acceptation
– de l'autre, 65
– de la maladie, 124
Accès
– aux soins, 19, 83, 447, 513
– palustre, 492
Accessibilité, 529
Accident
– de travail, 408, 411
– domestique, 317
– vasculaire cérébral, 97, 115
Accompagnement familial, 389, 398, 401
Accueil du patient, 50
Acharnement thérapeutique, 184
Acide
– acétylsalicylique, 145, 290
– eicosapentamérique, 105
– folique, 148, 356, 358
– tranéxamique, 297
Acné, 269, 335
Acteurs sociaux, 449
Activité physique, 101, 107, 199, 229, 234, 367, 482
– adaptée, 495
Addiction
– à une substance psychoactive, 172
– comportementale, 175
Adéquation des soins, 530
Adhésion, 42, 465, 502
Adolescent(e), 335
– communication, 52
– contraception, 352
– hémorragie génitale, 378
– pratique intensive d'un sport, 484
– relation thérapeutique, 340
– systémique familiale, 392
Adrénaline, 289, 292
Affection longue durée, 235–236
Agefiph, 413
Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), 558
Agence régionale de santé (ARS), 542
Agenda
– de consultations, 51
– de la grossesse, 359
– des céphalées, 232
– du sommeil, 219
Agitation, 207–208
Agressivité, 207, 439
Aidant, 164, 179, 206
Aide(s). *Voir aussi* Relation d'aide
– à domicile, 163
– à la décision, 21, 32
– médicale d'État (AME), 447, 455
– médicale urgente (AMU), 294, 543, 545
– sociales, 535
Alcool, 173, 190, 337
– et grossesse, 359
– intervention brève, 71
ALD, 142, 209
Alerte
– en cas de fait de violence ou maltraitance, 401
– en cas de suspicion de maltraitance envers mineur, 400
Algie vasculaire de la face, 232–233
Algodystrophie. *Voir* Syndrome douloureux régional complexe
Alimentation
– du nourrisson, 315
– prévention cardiovasculaire, 102
Allaitement
– artificiel, 315
– maternel, 315
Allergie, 287
– professionnelle, 408, 410
Alliance
– entretien motivationnel, 68
– thérapeutique, 37, 59, 75, 199
Allocation
– adulte handicapé (AAH), 208, 536
– d'éducation de l'enfant handicapé, 536
– personnalisée à l'autonomie (APA), 208
Altruisme, 65
Alzheimer (ESA), 164
Ambivalence, 63, 69
Aménagement du domicile, 166
Aménorrhée, 347, 351, 365
Amiodarone, 115, 292
Analogues du GLP-1, 103
Anaphylaxie, 288
Anémie, 358, 373, 378
Angine, 261
Angioplastie, 101, 103
Angoisse de séparation, 339
Angor
– instable, 100–101
Annonce d'une maladie grave, 124
Anomalie chromosomique, 78
Anorexie, 337
Anovulation, 378
Antagonistes
– des récepteurs aux minéralocorticoïdes, 109
– des récepteurs de l'angiotensine II, 103–104
Antalgiques, 174, 181, 230, 233, 235
– et grossesse, 362
Antiagrégants plaquettaires, 103
Anti-angineux, 105
Antiarthrosiques, 230
Antibiorésistance, 79, 264
Antibiotiques (bon usage des), 262
Anticancéreux, 126–127
Anticholinergiques, 295
Anticholinestérasiques, 208
Anticoagulants oraux directs, 104, 114, 117
Anticoagulation, 114–115, 117
Anticorps monoclonaux, 142
Antidépresseurs, 197, 208
Antihistaminiques, 289
Anti-inflammatoires non stéroïdiens, 110, 143, 145, 147, 233
Antithrombotiques, 103
Anti-TNFα, 142, 144, 148
Antivitamine K, 114, 119
Anti-Xa, 104, 117
Anxiété, 76, 191, 218
– chez l'adolescent, 339
– fin de vie, 182
– généralisée, 306, 339
– sociale, 195
Anxiolytiques, 208
Aphtose, 277
Apnée du sommeil, 211
Aponévrosite plantaire, 254
Apophysite, 256
Approche. *Voir aussi* Modèle
– centrée maladie, 152
– centrée problème, 22
– centrée sur le patient, 14, 37, 58, 76, 124, 152, 438, 463, 529
Après-cancer, 127
Arboviroses, 493
Arena, 128
Arrêt
– cardiorespiratoire, 290–291
– de travail, 198, 412
– du tabac, 133
Artérite à cellules géantes, 144
ASALEE, 132, 139, 503, 520
Asile (demande d'), 455, 461
Aspirine, 103, 105, 114
Assertivité, 52
Assistant de régulation médicale, 545

Associations
– de patients, 199
– de permanence de soins, 543
Assurance(s)
– certificats pour les, 422
– maladie, 508, 536
– responsabilité civile professionnelle, 520
Asthénie, 146, 182
Asthme, 131, 133–134, 336
– aigu grave, 293
– professionnel, 410
Atropine, 299
Attachement (théorie de l'), 391
Attaque de panique, 339
Attentes du patient, 37, 41, 74
Attention au patient, 67
Aura migraineuse, 231
Autoagressions, 338
Autogestion par le patient, 101
Autonomie, 70, 77, 446
– perte d', 159
– valorisation de l', 65
Autonomisation du sommeil, 330
Autopalpation mammaire, 383
Autorisation (demandée au patient), 67, 70
Auxiliaire de vie, 163

B

Bactéries multirésistantes, 264
Bactériurie asymptomatique, 261
Balance bénéfices-risques, 12, 98, 161, 178, 196, 362–363
Banques de données, 28
Benzodiazépines, 175, 208, 222
– intoxications aux, 299
Bêtabloquants, 104–105, 109, 114–115, 233
– intoxications aux, 299
Bien-être psychologique et social, 357
Bienfaisance, 77, 437
Bien-mourir, 80
Bienveillance dans le soin, 75
Big data, 28. *Voir aussi* Données
Bilan
– d'hémostase, 350, 377
– de thrombophilie constitutionnelle, 119
– éducatif partagé, 12
Biopsie
– de l'artère temporale, 144
– endométriale, 384
Biopsychosocial (modèle), 41, 101
Biothérapies, 145
BITS (Brimades, Insomnies, Tabac, Stress), 340, 392
Bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, 104
BNP, 111
Bon usage des antibiotiques, 262
Boucle de rétroaction (discours), 49
Bouffées de chaleur, 368
Bradycardie, 290, 299
Bronchiolite, 262, 331
Bronchite, 262
Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 131, 410
Burn-out, 83, 341, 408
Bursite, 254

C

Calendrier
– de la grossesse, 359
– vaccinal, 470
Calgary-Cambridge (grille de), 50
Canal carpien, 248
Cancer(s), 123
– colorectal, 366
– cutanés, 272
– d'origine professionnelle, 410
– de l'endomètre, 378, 381
– de l'ovaire, 381
– de la prostate, 13, 78
– de la vulve, 381
– du col de l'utérus, 381
– du sein, 381
– et contraception estroprogestative, 350
– et MTEV, 118
– surdiagnostic, 12
Candida albicans, 379
Candidose
– buccale, 277
– vaginale, 277
Cannabis, 173, 337, 340, 555
– médical, 235
Capacité(s)
– du soin, 530
– intrinsèques de la personne âgée, 166
Cape cervicale, 353
Carcinome
– basocellulaire, 273
– épidermoïde cutané, 273
Cardiologue référent, 101, 106, 110, 113
Cardiomyopathie, 112
Cardioversion, 114
Care, 515
Carence
– en folates, 206, 277
– en iode, 359
– en vitamine B12, 204, 277
– en vitamines B, 357
– estrogénique, 365, 376
Caring, 44
Carnet de santé, 316, 320
Carré de White, 18, 515
Carte «mobilité inclusion», 537
Catégories socioprofessionnelles, 407
Cauchemar, 214, 315
Ceftriaxone, 295, 300
Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), 318, 399
Centre
– 15, 101, 289–291, 294, 297
– communal d'action sociale (CCAS), 185, 458, 535
– d'évaluation et de traitement de la douleur, 235
– de santé, 450, 516, 554, 559
– de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), 171
Céphalées, 226
– chroniques quotidiennes, 231
– de tension, 231–232
– inhabituelles, 144
Certificat
– de coups et blessures, 398
– de non-contre-indication à la pratique sportive, 481
– de signalement, 399, 402
– demande par l'adolescent, 336
– médical initial, 318, 399
– soins sous contrainte, 309
Certificats médicaux, 421
Cervicite, 379
Chaleur humaine, 75
Chambre d'inhalation, 138
Changement
– d'opioïde, 181
– entretien motivationnel, 63
Charte du professionnalisme, 83
Cheminement, 64
Chevauchement asthme-BPCO, 139
Chimioprophylaxie antipalustre, 492
Chimiothérapie, 126, 127
Chirurgie bariatrique, 353
Chlamydia trachomatis, 373, 378–379
Chloroquine, 145
Choc
– anaphylactique, 287
– hémorragique, 296
– septique, 299
– volémique, 296
Chômeur, 188
Cible. *Voir* Objectifs
Cigarette électronique, 102, 173
Clarification (énoncé de), 49
Classification
– clinique des malades des urgences (CCMU), 546
– de Ring et Mesmer de l'anaphylaxie, 288
– IASP de la douleur chronique, 226
– internationale des soins primaires (CISP), 24, 192
– NYHA de la sévérité de l'insuffisance cardiaque, 107
CMU, 447
CO (intoxications au), 299
Code de déontologie médicale, 419
Codification des actes, 29
Collaboration interprofessionnelle, 523
Colloque singulier, 509
Collusion de l'anonymat, 191
Coma
– hypoglycémique, 297
– intoxication aiguë médicamenteuse, 298
Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et des transports sanitaires (CODAMUPS), 543
Commission
– des déterminants sociaux de la santé, 534
– des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), 537
Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), 4, 20, 449, 503, 521, 532, 554
Communication, 47, 463
– interprofessionnelle, 522
– non verbale, 49, 75
– non violente, 53
– verbale, 75

Comorbidité, 152
ComPaRe (Communauté de Patients pour la Recherche), 155
Compétences
– adaptatives de l'adolescent, 342
– culturelles, 463
– de pratique collaborative, 522
– du médecin généraliste, 13, 38, 523, 549
Complémentaire santé solidaire, 447, 455, 536
Compliance au traitement, 439
Comportement(s)
– à risque, 13, 336
– agressif, 438
– autoagressifs, 338
– hostile, 439
Comportementalome, 29
Composition familiale, 391
Compression
– du nerf fémoro-cutané, 250
– du nerf ulnaire, 247
– élastique, 118
Conditionnement opérant, 74
Conditions de travail, 407
Confiance
– dans les capacités du patient, 64
– du patient en ses capacités, 68
Confidentialité, 343, *Voir aussi* Secret médical
– avec l'adolescent, 342
Conflit
– fémoro-acétabulaire, 250
– intrafamilial, 392
Confusion, 182
Congé de solidarité familiale, 208
Congruence, 47, 49, 60
Conseil(s)
– aux parents, 315
– génétique, 355, 384
– minimal d'arrêt du tabac, 71
– national des universités, 7
Considération inconditionnelle positive, 47
Consommation
– de soins et de biens médicaux (CSBM), 5
– de substances psychoactives, 170
– – adolescent, 336–337
Constipation
– grossesse, 362
– nourrisson, 332
Consultation
– de l'adolescent, 335
– données de, 21
– du nourrisson et de l'enfant, 313
– le patient voyageur, 491
– préconceptionnelle, 355
Contention élastique, 117, 120
Continuité des soins, 530, 541
Contraception, 149
– à risque d'échec, 353
– chez l'adolescent, 337
– chez l'adolescente, 337, 352
– chez la femme de plus de 40 ans, 353
– chez les femmes migrantes, 457
– d'urgence, 352, 371
– définitive (stérilisation), 353
– en post-partum et post-abortum, 352
– estroprogestative, 349
– progestative, 350
Contrat local de santé, 9
Contre-indication
– à l'activité physique adaptée, 498
– certificat de non-contre-indication à la pratique sportive, 481
Contrôle de l'asthme, 135
Coopération interprofessionnelle, 517
Coordination territoriale d'appui, 537
Coping, 41, 74
Coqueluche, 356, 472
Corticoïdes
– choc anaphylactique, 289
– infiltration, 230
Corticothérapie, 294
– maladies inflammatoires chroniques, 146
Couple, 391
Coûts (efficience), 512
Couverture vaccinale, 471
COVID-19, 30, 32, 260, 262, 295, 356
– vaccination, 474
Crainte excessive de maladie, 440
Craving, 169, 171
Crise
– convulsive, 299
– d'asthme, 294
– suicidaire, 194
Critères
– d'Ottawa (fracture de cheville), 253
– de Budapest (syndrome douloureux régional complexe), 233
Croyances, 74–75, 463
– en santé (modèle des), 77
Culture (patient d'une autre), 461
Curatelle, 197
CURB 65, 295
Cure, 515
Curing, 44
Cystite, 261

D

Datation de la grossesse, 358, 362
DCRB (Désir, Capacité, Raisons, Besoin), 69
D-dimères, 117
Décision
– collégiale de limitation des soins, 82
– partagée, 42, 77–78, 103–104, 438
– – activité physique adaptée, 500
– – contraception, 348
– – dépistage du cancer, 124, 384
– – maladie chronique, 155
– – ménopause, 365
– – risque cardiovasculaire, 97
Déclaration
– d'information préoccupante, 318, 399
– de grossesse, 360
– de maladie professionnelle, 408, 411
– obligatoire, 300, 358, 419, 494
Déclin cognitif, 204
Décompensation
– cardiaque, 106, 113
– respiratoire, 295
Défaillance
– des fonctions vitales, 287
– neurologique, 297
– volémique, 296
Défiance, 437
Défibrillateur
– automatique implantable, 110
– automatisé externe, 291, 299
Déficit. *Voir aussi* Carence
Déficit neurosensoriel, 320
Délégation, 341
– de tâche, 162, 518–519
Délire, 61, 340
Delirium tremens, 174
Demande abusive, 436
Demander l'autorisation au patient, 67, 70
Démarche
– biomédicale, 37
– d'amélioration de la qualité, 530
– préventive, 9
– systémique (EIAS), 427, 530
Démence
– à corps de Lewy, 203
– fronto-temporale, 203
– vasculaire, 203
Démocratie sanitaire, 420
Densité médicale, 529
DEP-ADO, 71
Département de médecine générale, 554
Dépendance, 159
– à l'alcool, 191
Dépistage, 11, *Voir aussi* Prévention, Repérage
– chez l'adolescent, 340
– d'une anomalie chromosomique, 78
– d'une infection urinaire asymptomatique (grossesse), 359
– de la dépression, 193
– de la maltraitance infantile, 396
– de la trisomie 21, 360
– des déficiences sensorielles, 370
– des infections sexuellement transmissibles, 352, 355, 373, 379
– des situations de vulnérabilité psychosociale au cours de la grossesse, 360
– des troubles auditifs, 320
– des troubles du langage, 323
– des troubles du sommeil, 221
– des troubles visuels, 320
– des violences, 355, 397, 401
– du cancer, 12, 124
– du cancer de la prostate, 13, 78
– du cancer du col de l'utérus, 383
– du cancer du côlon, 366
– du cancer du sein, 384
– du *Chlamydiae* et du gonocoque, 348
– du VIH, 355
– échographique au cours de la grossesse, 361
– surdiagnostic, 12
Dépression, 192, 218
– chez l'adolescent, 339
– fin de vie, 182
Dérivés nitrés, 100–101, 105
Dermatite atopique, 267, 331
Dermatoses, 269
Dermite
– du siège, 331
– professionnelle, 410
Dermohypodermite nécrosante, 260
Désaccords, 440

Déséquilibre de la flore vaginale, 379
Déshydratation (fin de vie), 183
Déterminants
– d'accès aux soins, 447
– de la santé, 446, 513
– sociaux de la santé, 461, 534
Détresse respiratoire aiguë, 291
Développement
– de l'enfant, 319, 357
– professionnel continu, 557
– pubertaire, 324
DGS-Urgent, 30
Diabète, 103, 336
– contraception, 352
– de type 1, 353
– de type 2, 96, 147, 353
– gestationnel, 353, 359, 361
– hypoglycémie, 297
Diagramme de White-Williams-Greenberg, 17
Diaphragme, 353
Diarrhée
– du nourrisson, 332
– du voyageur, 494
Diazépam, 299
Différences culturelles, 461
Digitaliques, 115
Dignité
– après la mort, 82
– dans la fin de vie, 80
– dans la mort, 81
Diphtérie, 471
Diplôme d'études spécialisées de médecine générale, 6, 549
Directives anticipées, 81, 184
Discours
– « changement »
– – de mobilisation, 69
– – préparatoire, 69
– « maintien », 69
Disease mongering, 33
Disease/Illness, 11, 37, 75, 281
Dispositif
– d'annonce d'un cancer, 123–124
– intra-utérin au cuivre (DIU), 351
Dispositif d'appui à la coordination, 537
Dissonance, 64, 69
Diurétiques de l'anse, 110
Diversification alimentaire, 316
Domicile (maintien au), 159
Données
– de consultation, 21
– de santé, 24
– médico-administratives, 28
– socio-démographiques, 24
Dopage, 483–484
Dossier
– médical partagé, 21, 29
– patient informatisé, 21
Double effet (soins palliatifs), 184
Douleur, 74–75, 178, 180
– angineuse, 290
– céphalées
– – chroniques quotidiennes, 231
– – de tension, 231
– chronique, 225
– lombaire, 255
– migraine, 231
– myocardique ischémique, 100, 290
– neuropathique, 226, 235
– nociceptive, 226
– nociplastique, 226
– pelvienne, 375, 378
– plan national de lutte contre la, 80
– rebelle, 181
– thoracique, 101, 113, 116, 290, 295
Drogue, 71
Droit
– à la sédation, 184
– à mourir, 82
DSM-5, 192
Dysfonctionnements de la famille, 401
Dysgénésie gonadique, 336
Dyslipidémies, 96, 103
Dysménorrhées, 336, 352, 376
Dyspareunies, 376
Dysphagie, 183
Dyspnée, 107, 116, 119, 132, 183, 294, 296

E

EAP (Engagement, Activation, Premiers pas), 69
Échelle(s)
– d'évaluation de la douleur, 180
– d'évaluation des troubles psychologiques, 191
– d'importance et de confiance, 68
– IADL, 204
– SCORE, 96
Écho-doppler veineux, 117
Échographie obstétricale, 361
ECOGEN, 21, 88, 267, 303, 426
Écoute, 440
– active, 14, 43, 47, 67
– non verbale, 67
– réflective, 66
Écrans, 337
Eczéma atopique, 267
Éducation thérapeutique du patient, 12, 83, 111, 232, 268, 520
Effection (lieux d'), 544
Effet(s)
– « blouse blanche », 74
– indésirables, 161, 263, 529, *Voir aussi* Événement indésirable associé aux soins (EIAS)
– – des anticancéreux, 125
– nocebo, 41
– placebo, 41, 73
Efficacité
– contraceptive, 348
– des soins, 510, 529
– vaccinale, 471
Efficience des soins, 509, 511, 514, 530
Égalité
– d'accès aux soins, 83, 513
Électrocardiogramme, 100, 113
– sus-décalage du segment ST, 289
Embolie pulmonaire, 115, 119, 295
Émotions du patient (accueil des), 49
Empathie, 43, 47, 60, 74–75, 401
– approfondie, 65
Empowerment, 44
Emprise sur le patient, 441
Endométriose, 376
Endorphine, 75
Enfance en danger, 399
Enfant, 313, *Voir aussi* Nourrisson
– de familles migrantes, 457
– MICI, 142
– pratique intensive d'un sport, 484
Engagement (entretien motivationnel), 69
Énoncé
– de clarification, 49
– de vérification, 49
Enseignant clinicien ambulatoire, *Voir* Maître de stage des universités
Enseignement, 549
Entérobactéries productrices de bêtalactamase à spectre élargi (EBLSE), 264
Entorse, 253
– cervicale, 256
– du coude, 246
– du genou, 251
– du poignet, 248
Entretien motivationnel, 63, 77, 343, 476
– trouble de l'usage d'une substance psychoactive, 172
Entrevue médicale (grille de Calgary-Cambridge), 50
Environnement de soins, 17
EPICES, 448
Épicondylite, 246
Épilepsie, 299, 336
Épisode
– de soins, 21
– psychotique, 340
e-Prescription, 30
Épreuve(s)
– d'effort, 483, 500
– de repérage des troubles du langage, 323
– fonctionnelles respiratoires, 132
Épuisement
– émotionnel, 61
– parental, 395
– professionnel médical, 33
Équilibre entre vies professionnelle et personnelle, 61
Équipe
– de soins primaires, 521
– pluriprofessionnelle, 518
– spécialisée Alzheimer, 164
– spécialisée en soins palliatifs, 81
Équipement informatique du cabinet médical, 21
Équité en santé, 450, 513, 529
Ergothérapeute, 164
Errance diagnostique, 279
Erreur, 426, 528
e-Santé, 29
Escalade thérapeutique, 154
Escarre, 183
Espérance, 74
Estime de soi, 343
Établissements et services médico-sociaux (ESMS), 536–537

État
– d'esprit du patient, 39, 74–75
– de choc, 296
– de mal convulsif, 299
– de stress aigu, 195
– délirant aigu, 61
Éthique, 32, 510, 523
Études
– interventionnelles, 555
– observationnelles, 554
Étudiant, 70, 549, 552, *Voir aussi* Stage
Euthanasie, 81–82
Évaluation
– de la qualité et la sécurité des soins, 530
– gériatrique approfondie, 127, 162
Événement
– cardiovasculaire, 100, 105
– indésirable associé aux soins (EIAS), 425, 529, *Voir aussi* Effet indésirable
Evidence-based medicine, 33, 42, 553
Évocation (entretien motivationnel), 65, 68
Exacerbation
– d'asthme, 137, 294
– de BPCO, 133, 262
Examen
– de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent, 313
– gynécologique, 348, 375, 383
– médical d'aptitude au sport, 482
Exercice coordonné, 20, 27, 83, 515, 561
Expérience vécue du patient, 37
Expertise, 14
Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), 132
Exposition professionnelle à des substances cancérogènes, 410
Exposome, 29

F

Facteur(s) de risque
– cancérogène professionnel, 124
– cardiovasculaire, 95, 101, 103, 366
– d'ostéoporose, 366
– de cancer féminin, 382
– de chute et de fracture, 367
– de maladie thromboembolique veineuse, 116
– de maltraitance infantile, 395
– de violence conjugale, 393
– du syndrome du bébé secoué, 317
– environnementaux, 142
Famille(s)
– de situations, 89
– dysfonctionnelle, 401
Fardeau
– de la maladie, 151
– du traitement, 151
Fasciite, 260
Feedback motivationnel, 70
Femme
– enceinte, 355, 372
– migrante, 457
Fer, 358
Fibrillation
– atriale, 112
– ventriculaire, 290
Fibromyalgie, 197, 281
Fiche de synthèse sur la chimiothérapie, 126
Fièvre
– de retour de voyage, 493
– du nourrisson, 331
– sous immunosuppresseur, 149
Filière universitaire de médecine générale, 554
Fin de vie, 80–81, 184
Fiphfp, 413
Flore de Döderlein, 379
Flutter atrial, 112
Focalisation (entretien motivationnel), 68
Folates, 277
Fonction soignante, 44
Fonctionnement psychotique, 340
Forfaits de développement professionnel continu, 561
Formation, 557
– continue. *Voir* Développement professionnel continu
– initiale, 6, 549
– interprofessionnelle, 524
Fraction d'éjection du ventricule gauche, 104, 109
Fracture
– de fatigue de la cheville, 253
– de fatigue fémorale, 249
– de genou, 250
– de la cheville, 253
– de Pouteau-Colles, 248
– du coude, 247
– du pied, 253
– du scaphoïde, 248
– numérique, 83
– ostéoporotique, 147, 366
Fragilité, 127, 162
– sociale, 383
Fréquence cardiaque de repos, 114
Frottis cervico-utérin, 348, 356, 359, 383

G

G8 (*Geriatric 8*), 127
Garde, 542
Géographie des maladies, 19
Gestion de cas, 163
Gliflozines, 103
Globalité biopsychosociale, 37, 41
Glucagon, 298
Glycémie capillaire, 298
Glycosides digitaliques, 115
Goitre, 359
Gonarthrose, 229, 502, 519
Gonoccoque, 378
Gradient social de santé, 533
Grille
– de Calgary-Cambridge, 50
– mini-ZARIT, 165
Grippe, 261, 356, 474
Grossesse, 118, 147, 357
– extra-utérine, 376
– pathologie inflammatoire, 148
– santé au travail, 415
Guidance parentale, 313, 357
Guider, 64, 68
Gynécomastie du garçon, 336

H

Habiletés communicationnelles, 48
Haemophilus influenzae, 325, 472
Hanche à ressaut, 250
Handicap, 101, 397, 414
– AAH, 208
– Agefiph et Fiphfp, 413
– APA, 208
– arrêt de travail, 198
– MDPH, 124, 236, 536
– moteur, 336
– respiratoire, 133
– RQTH, 128
– sclérose en plaques, 146
Harcèlement au travail, 408
Hauteur utérine, 361
HbA1c, 44, 75, 96–97, 103, 105, 503
HEADSSS, 340
Healing, 44
Healthy Migrant Effect, 456
Heartsink patients, 436
Hémoccult®, 366
Hémoglobinurie paroxystique nocturne, 119
Hémoptysie, 116
Hémorragie
– génitale, 377
– sous anticoagulant, 115
Hémostase, 350
Héparine
– de bas poids moléculaire, 117, 119
– non fractionnée, 117, 296
Hépatite
– B, 355, 379, 426, 456, 472
– C, 355, 456
Hernie discale, 255
Herpès génital, 277
Herpèsvirus, 259
Hésitation vaccinale, 475
Histoire familiale, 390
Histrionisme, 61
HLA-B27, 143
Holter-rythme, 113
Honoraires, 5
Hormonothérapie, 127
Hospitalisation
– à domicile, 82, 163, 185
– et dépendance, 161
– sous contrainte, 194, 304, 308
– sur demande d'un tiers, 309
HPV, 474
Hydroxychloroquine, 145
Hygiène
– alimentaire (voyage), 491
– de vie, 366–367, 370, 483
Hyperactivité, 199
Hypercholestérolémie, 96, 103
Hypertension
– artérielle, 95, 102, 112, 208
– pulmonaire
– – post-embolique, 119
– – thromboembolique chronique, 119
Hypertriglycéridémie, 105
Hypnotiques, 208, 223
Hypocholestérolémiants, 104
Hypocondrie. *Voir* Crainte excessive de maladie

Hypoglycémie, 297
Hypolipémiants, 103
Hypotension artérielle, 113
Hypothyroïdie, 199, 204
Hypotriglycéridémiants, 105
Hypoxie, 183

I

IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), 204
Iatrogénie, 127, 161
Identité sexuelle, 337
Illness/Disease, 281
Immigration en bonne santé (Healthy Migrant Effect), 456
Immunodépression, 260
Immunosuppresseurs, 143, 146, 148
Immunothérapie, 127
Impasse
– relationnelle, 65
– thérapeutique (antibiorésistance), 264
Implication affective excessive du patient, 438
Importance pour le patient, 40, 68, 70
Inactivité physique, 496
Inaptitude, 414
Incapacité totale de travail (ITT), 422
Incertitude, 27, 78, 124, 188–189, 263, 446, 462
Incidentalome, 440
Incontinence urinaire, 369
Indemnité d'astreinte, 546
Indicateurs de la qualité des soins, 531
Indicateurs de santé, 512
Indice
– de masse corporelle, 102, 352
– de Pearl, 348
Inégalités sociales en santé, 128, 445, 461, 512, 533
Infarctus du myocarde, 97
– avec sus-décalage du segment ST, 101, 289
– sans sus-décalage du segment ST, 101, 289
Infections
– courantes, 259
– génitales, 378
– sexuellement transmissibles, 379
Infiltration, 230
Infirmier. *Voir aussi* ASALEE
– délégué en santé publique (IDSP), 520
– en pratique avancée (IPA), 520
– libéral, 83
Information
– donnée au patient, 13, 77, 114
– entretien motivationnel, 67
– préoccupante, 318, 399
– recueillir l', 51
Informatique médicale, 22
Informatisation des cabinets de médecine générale, 29
Inhibiteurs
– calciques, 105, 114–115
– de l'enzyme de conversion, 104, 109
– de la DDP4, 103
– de la néprilysine, 110
– de PCSK9, 103
– du SGLT-2, 103
Inobservance, 439
INR (*International Normalized Ratio*), 117, 119
Insomnie, 211, 215
Instabilité
– de l'épaule, 245
– de la cheville, 253
– du coude, 247
Insuffisance
– cardiaque, 100, 112
– – aiguë, 107, 290
– – chronique, 105
– – droite, 119
– coronarienne, 99
– respiratoire
– – aiguë, 295
– – chronique, 135
– surrénalienne, 148
Insuline, 297, 299
Intégrité, 82
Intelligence artificielle, 27
Interaction patient-médecin, 47
Interactionnisme symbolique, 43
Interne. *Voir* Stage
Internet, 32, 440
Interprétariat, 14, 464
Interprofessionnalité, 44, 518
– en santé respiratoire, 139
– patient atteint de cancer, 126
Interruption
– du patient, 49
– volontaire de grossesse, 371
Intervention
– brève, 71, 171, 500
– centré sur la personne, 63
– non médicamenteuse, 28
Intoxication
– aiguë médicamenteuse, 298
– au CO, 298
Invalidité, 412, 414

J

Jugement. *Voir* Non-jugement
Justice, 77

K

Kinésithérapie, 229, 234
Kyste de l'ovaire, 376

L

Langage, 322
Langue étrangère, 14, 464
LDL-cholestérol, 44, 96, 103
Lésion(s)
– du ligament rond, 250
– du revêtement cutané et muqueux, 267
– méniscales, 250
Leucorrhées, 378
Liberté, 70
Lieu de contrôle, 40
Limitation
– des examens complémentaires, 79
– des soins, 82
Lipothymie, 113, 115
Liraglutide, 103
Listériose, 359
Littératie, 13
Logement, 448
Logiciels métier, 25, 29
Loi, 10
– Claeys-Leonetti, 184–185
– du 13 février 2018, 179
– du 16 juillet 1984, 481
– du 23 mars 1999, 481
– du 26 janvier 2016, 414, 420
– du 30 juillet 2020, 421
– du 4 juillet 2001, 1
– du 5 mars 2007, 395
– Hôpital, Patient, Santé, Territoires, 4, 20, 519, 541–542, 557
– Jardé, 554
– Kouchner, 184, 420
– Leonetti, 81, 184
– Mazeaud, 481
– Veil, 371
Lombalgie
– chronique, 412
– commune, 228
– récidivante, 228
Lombosciatique, 411
Lupus érythémateux disséminé, 145
Lutte contre la sédentarité, 500
Luxation
– de l'épaule, 244
– du coude, 247
– fémoro-patellaire, 252
– fémoro-tibiale, 252
– péri-lunaire du carpe, 248

M

Macrotraumatisme, 241
MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), 163, 537
Maintien
– au domicile, 159
– en emploi, 128, 412, 414
Maison
– de garde mobile, 544
– de santé pluriprofessionnelle, 4, 44, 162, 450, 501, 503, 516–517, 521, 554
– départementale de la solidarité, 449
– départementale des personnes handicapées (MDPH), 124, 208, 236, 536
– médicale de garde, 542–543
Maître de stage des universités, 7, 549
Maîtrise de stage, 70, 549
Maladie(s)
– à transmission orofécale, 491
– addictive, 170
– auto-immunes, 141
– cardiovasculaires, 95
– chroniques, 151, 439
– coronaire, 99
– d'Alzheimer, 164, 203
– d'importation, 260
– de Crohn, 142, 144
– de Horton, 144
– de Willebrand, 377

– infectieuses, 259
– inflammatoires chroniques, 141
– inflammatoires chroniques de l'intestin, 142, 144
– neurodégénératives, 160
– professionnelles, 408, 411
– – indemnisable, 124
– psychiatriques, 187
– respiratoires chroniques, 131
– thromboembolique veineuse, 115
– – facteurs de risque, 116
– – récidive, 120
Malentendu, 438
Maltraitance, 392
– infantile, 315, 317, 394, 398
– sexuelle envers un mineur, 396
Mammographie, 384
Marteau thénar ou hypothénar, 248
Massage cardiaque externe, 291
Médecin
– conseil, 236, 415
– correspondant du SAMU, 285–302
– de famille, 318, 341, 389, 400
– de garde, 545
– de prévention, 415
– du travail, 409, 414
– effectifs, 6
– régulateur, 545
– traitant, 5
Médecine
– centrée sur les valeurs, 463
– de premier recours, 3, 19
– du travail, 235, 414
– fondée sur les preuves, 33, 42, 529
– générale
– – définition, 3, 553
– – référentiel, 37
– narrative, 43, 48, 178, 281, 437
Médiateur en santé, 450
Médiation interculturelle, 464
Médicaments
– de substitution aux opioïdes, 174
– psychotropes, 175
Médicosocial (ressources), 533
Mélanome, 31, 273
Mémantine, 208
Méningocoque C, 473
Ménopause, 353, 365, 378
Ménorragies, 377
MERS-CoV, 493
Mesure de la hauteur utérine, 361
Métatarsalgies, 254
Méthotrexate, 143, 148
Méthylprednisolone, 294
Métoclopramide, 299
Métrorragies, 373, 377–378
Microtraumatisme, 241
Midazolam, 81
Migraine, 230, 232
– avec aura, 231
– critères diagnostiques ICHD-3, 231
– sans aura, 231
Migrant, 455
Minéralocorticoïdes (antagonistes des récepteurs aux), 109
Mineur
– maltraitance, 394
– non accompagné, 456
– secret médical, 389
Mini-Mental State Examination (MMSE), 204
Mise en échec persistante, 439
Modèle. *Voir aussi* Approche
– autonomiste, 42
– biomédical, 341
– biopsychosocial, 14, 37, 41–42, 44, 58, 88, 101, 229, 268, 365, 458, 463
– de Donabedian, 532
– de Reason, 427
– de Whitehead et Dahlgren, 512
– des croyances en santé, 77
– du « *quadruple aim* », 513
– du « *triple aim* », 512
– paternaliste, 42
– SOAP, 23
– transthéorique de Prochaska, 41, 191
Morphine, 180, 290
Mort, 177
– inattendue du nourrisson, 314
– subite, 100
Motifs de la consultation (DPI), 21
Motivation1, 2, 3, *Voir* Entretien motivationnel
Mourir (éthique), 80
MSSanté, 30
Multimorbidité, 151–152
Mutilation sexuelle, 458
Mycoplasma genitalium, 378–379
Myocardite, 112
Myorelaxants, 229

N

Nævus, 273
Naloxone, 299
Narration, 48
Narrative-based medecine, 43
Nausées lors de la grossesse, 362
Nécrose myocardique, 101
Négligence envers un enfant, 396
Neisseria gonorrhoeae, 373, 379
Neurodéveloppement, 319
Neuroleptiques, 208
Neutropénie, 149
Névralgie d'Arnold, 231
Névrome de Morton, 254
Nocebo, 41, 74
Nombre de patients à traiter, 12, 79
Non-jugement, 39, 65, 343, 401
Non-malfaisance, 77
Non-observance, 153
Nourrisson, 313, 330
NSTEMI, 101
NT-proBNP, 111
Numérique en santé, 27
Nutrition (prévention cardiovasculaire), 102
NYHA (classification), 107

O

Obésité, 337, 383
– contraception, 352
Objectifs
– d'HbA1c, 103, 105
– d'IMC, 102
– de FC de repos, 114
– de LDL-cholestérol, 103, 105
– entretien motivationnel, 69
– tensionnels, 102, 105
Obligation
– de quitter le territoire français, 455
– vaccinale, 324
Observance, 42, 61, 152, 198
– maladie respiratoire, 138
Obstination déraisonnable, 81, 184
Œdème
– aigu pulmonaire, 106, 290
– des chevilles, 106
– des membres inférieurs, 291
Offre du patient, 191
Oméga 3, 105
Oncogériatrie, 127
Opiacées (intoxications aux), 299
Opioïdes, 174
Ordigard, 543
Ordre national des médecins, 422
Oreillons, 473
Organisation
– du système de santé, 33
– pluriprofessionnelle, 4, 517
Orientations prioritaires de développement professionnel continu, 561
Origine développementale de la santé et des maladies (DOHaD), 356
Orthogénie, 372
Orthophoniste, 164
Ostéochondrite disséquante, 256
Ostéochondrose, 256
Ostéoporose, 147, 366
Otite moyenne aiguë, 261
Outil
– DCRB, 69
– DDPD, 67
– de repérage de la fragilité, 162
– FRAMES, 71
– *Geriatric 8*, 127
– OuVER, 66
Ouverture, 401
Oxygénothérapie, 183

P

Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS), 521
Palpation mammaire, 383
Paludisme, 260, 492–493
Papillomavirus humain, 473
Paracétamol, 298
Parasomnies, 214, 315
Parcours
– de soins
– – cancer, 125
– – maladie respiratoire, 140
– du patient âgé fragile, 163
Parentalité, 313
Parents séparés, 390
Partager de l'information, 68
Partenariat, 65, 70

Patient
– à risque de tentative de suicide, 193
– à risque de trouble de l'usage, 170
– âgé atteint de cancer, 127
– d'une autre culture, 461
– en situation de précarité, 449
– expert, 44, 155
– médecin, 441
– migrant, 455
– partenaire, 155
– psychotique chronique, 196
– voyageur, 491
– vulnérable, 530
Patient-centered care, 44
Patient-Centered Medical Home (PCMH), 44
Patiente
– de plus de 50 ans, 365
– enceinte, 362
Pension d'invalidité, 413
Performance, 511
Péricardite, 112
Péri-ménopause, 353
Permanence
– d'accès aux soins de santé (PASS), 450, 455
– des soins ambulatoires, 541
Personne
– âgée, 159
– – soins intégrés pour la, 166
– de confiance, 179
Perspective
– « VRAIE », 40
– du patient, 37
Perte d'autonomie, 159
Perversité, 61
Pharmacien, 126, 139, 520
Pharmacodépendance, 169, 175
Pharmacovigilance, 32
Phobie
– scolaire, 336
– sociale, 195
Phonophobie, 231
Photophobie, 231
Pilule du lendemain, 371
Placebo, 41, 73
Plagiocéphalie, 321, 331
Plainte(s)
– d'origine fonctionnelle, 279, 441
– – liées à la ménopause, 368
– de sommeil, 212
– mnésique, 204, 209
– somatiques persistantes, 439
Planification (entretien motivationnel), 69
Plans nationaux
– cancer, 81, 124
– de lutte contre la douleur, 80
– PNNS, 368
Plasmodium falciparum, 492
Plateforme territoriale d'appui, 449, 537
Pleurs excessifs du nourrisson, 330
Pluriparentalité, 391
Pluriprofessionnalité, 503, 516, 518, 521
Pneumocoque, 473
Pneumonie aiguë communautaire, 295
Pneumopathie, 262
Point d'effection, 544
Poliomyélite, 472
Polluants environnementaux, 357
Polyarthrite rhumatoïde, 142
Polygraphie ventilatoire nocturne, 213
Polymédication, 127
Polypathologie, 160
Polypnée, 116
Polysomnographie, 213
Post-annonce d'une maladie grave, 124
Post-cure, 172
Post-partum, 118
– contraception, 352
Posture
– décisionnelle, 51
– du professionnel de santé, 449
Poussée
– de sclérose en plaques, 146
– dentaire, 330
Pratique
– collaborative, 523
– interprofessionnelle, 518
– réflexive, 14
– sportive
– – certificat de non-contre-indication, 481
– – intensive, 484
Pré-annonce d'une maladie grave, 124
Précarité, 445
Prednisolone, 294
Prélèvement
– cervico-utérin, 383
– vaginal, 379
Pré-reprise (visite de), 413, 415
Prescription
– d'activité physique adaptée, 498
– médicamenteuses chez le sujet âgé, 161
Présence d'un tiers, 341, 441
Préservatif, 278, 349, 352
Pression positive continue, 213
Prestation de compensation du handicap (PCH), 208, 536
Prévention. *Voir aussi* Dépistage, Repérage
– cardiovasculaire, 95, 102, 366
– de la perte d'autonomie, 159
– de la plagiocéphalie, 321
– définition, 10
– départ en voyage, 491
– des accidents domestiques, 317
– des cancers, 123
– du suicide, 195
– MSU, 551
– primaire, 10
– – vaccination, 469
– quaternaire, 12
– secondaire, 11
– – cardiovasculaire, 103
– tertiaire, 12
– – fibrillation atriale, 114
Primary care, 515
Proactivité, 14
Problème
– de santé (DPI), 22
– médico-social aigu, 445
Procédures de soins (DPI), 21
Processus
– de changement, 75
– entretien motivationnel, 68
– transactionnel, 41
Procureur de la République (signalement au), 399–400
Productivité, 511
Professionnalisme médical, 82
Programme
– de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 29
– personnalisé de l'après-cancer, 127
Projet de santé, 521
Pronation douloureuse, 256
Protection
– antivectorielle, 491
– sociale en France, 534
– universelle maladie (PUMa), 446, 455
Protocole de coopération interprofessionnelle, 519
Prurit, 183, 267
– vulvaire, 378
Pseudopolyarthrite rhizomélique, 143
Psoriasis, 275
Psychiatre, 196
Psychiatrie, 187
Psychomotricien, 164
Psychose, 61, 196
– chez l'adolescent, 340
Psychothérapie, 75
– de soutien, 57, 199
Puberté, 324
Purpura fulminans, 260, 300
Pyélonéphrite, 261

Q

Qualité
– de vie, 155
– – activité physique adaptée, 503
– – après cancer, 127
– – au travail, 407
– – dermatoses, 268–269, 276
– – des professionnels de santé, 513
– – douleur chronique, 226
– – endométriose, 376
– – fardeau du traitement, 151
– – fibrillation atriale, 115
– – fin de vie, 178
– – insuffisance coronarienne chronique, 101
– – pathologie psychiatrique, 309
– – santé environnementale, 357
– – soins palliatifs, 177
– – suivi d'un cancer, 126
– – syndrome d'apnée du sommeil, 213
– – système de santé, 509
– des soins, 527
Question ouverte/fermée, 47, 66
Questionnaire
– d'explicitation de la maladie selon Kleinmann, 464
– de repérage des troubles de l'usage, 171
– de santé QS Sport, 481
– mini-GDS, 166
– SCOFF, 338

R

Rachialgie, 255
Radiothérapie, 128

Rapport VEMS/CVF, 132
Rassurer, 440
Réactance, 63
Réadaptation respiratoire, 133
Réanimation cardiopulmonaire, 291
Recertification, 561
Recherche, 7, 553
Récidive de MTEV, 120
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), 124, 128, 236, 413, 537
Rectocolite hémorragique, 144
Recueil d'effets indésirables, 126
Réduction des risques et des dommages (RdRD), 172
Référentiel de compétences, 87, 522, 550
Reflets
– empathie approfondie, 66
– sur les émotions, 49
Réflexe correcteur, 64
Réflexivité, 14, 43, 191
Reflux gastro-œsophagien
– grossesse, 362
– nourrisson, 332
Refus de traitement, 436
Regard inconditionnellement positif, 65
Règle(s)
– «ABCDE», 273
– hygiéno-diététiques, 105
Régulation, 541, 543–544
– émotionnelle (du médecin), 61
Relation
– d'aide, 41, 47, 49, 54, 60, 187, 392, 398
– – psychothérapeutique, 57
– de confiance, 449
– de soins avec les membres de la famille, 400
– médecin-patient, 28, 32, 37, 43
– thérapeutique, 59, 75
– – avec l'adolescent, 340
Religion, 461
Remède médecin, 40, 57, 75
Rémunération
– des médecins de garde, 545
– des professionnels médicaux, 5
– sur objectifs de santé publique (ROSP), 30
Renoncement aux soins, 152
Renouvellement d'ordonnance, 155
Repérage. *Voir aussi* Dépistage, Prévention
– alcool, 71
– de la fragilité, 127, 162
– de la vulnérabilité sociale, 448
– des patients à risque de trouble de l'usage d'une substance psychoactive, 170
– des troubles cognitifs, 160
– des violences conjugales, 394, 398
Répit (aidant), 165
Représentation
– de la maladie, 40, 463
– de la situation, 37
– du soignant, 341
Réseau
– d'investigateurs de recherche, 554
– de santé à domicile, 164
– de soins, 449
– de soins palliatifs, 185
– interprofessionnel, 520
Résistance
– aux antiviraux, 259
– bactérienne, 262
Responsabilité de la décision médicale, 32
Ressenti du soignant, 49
Ressources, 508
Ressources médicosociales, 533
Restriction sodée, 147
Résultat(s)
– de la consultation, 21, 88
– de santé, 512
Retard
– de croissance intra-utérin, 361
– pubertaire, 324, 336
Retour
– au pays du patient migrant, 458
– au travail après cancer, 128
– de voyage, 493
Revenu de solidarité active, 536
Revue de mortalité et morbidité, 431
Rhésus négatif, 356
Rhinite professionnelle, 410
Rhinopharyngite, 261
Rhumatisme inflammatoire, 143
Risque(s)
– cardiovasculaire, 95–96
– – global, 366
– d'erreur, 431
– de maltraitance infantile, 395
– hémorragique, 114, 118, 120
– psychosociaux, 408
– thromboembolique, 114
– – contraception, 349
ROR, 473
Rougeole, 473
RPIB (repérage précoce et interventions brèves), 71
Rubéole, 356, 473
RUD (Risque, Urgence, Dangerosité), 340
Rupture(s)
– de la coiffe des rotateurs, 243
– ligamentaires du genou, 251

S

Sacubitril-valsartan, 110
Salarié
– exposé, 124
– touché par le cancer, 128
SAMU, 289, 292, 295–300, 543, 547
– médecin correspondant du, 294
Santé
– au travail, 407
– de la population, 512
– définition, 511
– des femmes migrantes, 457
– environnementale, 357
– mentale, 57, 200
– – des personnes migrantes, 456
– publique, 10, 531
– système de, 508
Sarcopénie, 498, 502
Scarifications, 338
Schizophrénie, 61, 340
Sclérose en plaques, 145
SCOFF (questionnaire), 338
Scoliose, 324, 335
Score
– CHA_2DS_2-VASc, 114
– CRB 65, 295
– d'Higham 7, 377
– de Genève révisé, 116
– de Wells
– – pour l'embolie pulmonaire, 296
– – pour la TVP, 116
– EPICES, 448
– PRECISE-DAPT, 104
SCORE (échelle), 96
Sécheresse de la bouche, 182
Seconde victime des EIAS, 428
Secret
– médical, 32, 389, 414, 419
– – partagé, 420
– professionnel, 342, 419
Secteur de garde, 542
Sectorisation, 542
Sécurité
– des soins, 425, 528
– du patient, 425
Sédation
– palliative, 81
– profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD), 182, 184
– proportionnée, 181
Sédentarité, 496, 500
Sentiment d'efficacité personnelle, 41, 68
Sepsis sévère, 299
Service
– d'accès aux soins (SAS), 547
– d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 536
Sévices à mineur, 402
Sevrage, 172
– abus médicamenteux (céphalées), 233
– canabis, 173
– tabagique, 68
Sexualité (adolescence), 337
Sickness, 281
Signalement
– au procureur de la République, 318, 399–400
– des EIAS, 431
Signaux des patients, 69
Sinusite, 261
Situation(s)
– cliniques (famille de), 88
– cliniques urgentes, 287
– préoccupante, 318, 399
– prototypiques, 87
– relationnelles difficiles, 435
SMUR, 292, 294, 545
Soins
– centrés sur la relation médecin-patient, 43
– de premier recours, 20, 514
– de second recours, 30, 513
– de support (cancer), 126
– de troisième recours, 513
– des membres de la famille, 389, 400
– intégrés pour les personnes âgées, 166

– palliatifs, 177
– premiers (cancer), 125
– primaires, 18, 515
– sous contrainte, 309
– système de, 508, 533
Sommeil, 211
– du nourrisson, 314, 330
Somnambulisme, 214
Somnifères, 221
Somnolence, 211
Souffrance
– de l'aidant, 165, 179
– mentale, 188
– psychique au travail, 408
– totale, 178
Soutien, 65
– aux aidants, 164
Spasmophilie, 188, 195
Spermicide, 353
Spirométrie, 132
Spondyloarthrites, 143
Sport, 481–482
Sportifs de haut niveau, 483
Spottings, 348, 351, 372
Stades de Tanner, 324
Stage, 70
– ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé (SASPAS), 549
– maîtrise de, 549
Standardisation des données de santé, 24
Staphylocoque aureus résistant à la méticilline (SARM), 264
Statines, 79, 104–105
STEMI, 101, 104
Stérilisation tubaire, 353
Strabisme, 321
Stress, 408
– aigu, 195
Structuration des données médicales, 21–22
Structure de répit, 165
Styles
– de conversation, 63
– relationnels, 64
Stylo auto-injecteur d'adrénaline, 289
Substances psychoactives, 170
Substitution aux opioïdes, 174
Substituts nicotiniques, 102
Suicide, 193, 339
– assisté, 82
Suivi
– de la femme enceinte, 357, 359
– du patient âgé atteint de cancer, 127
Sulfamides hypoglycémiants, 297, 299
Supervision de stage, 550
Supplémentation
– en fer, 109
– vitaminique, 356
Surdiagnostic, 13
– du cancer du sein, 384
Surentraînement du sportif, 484
Survaccination, 458
Surveillance
– partagée du patient atteint de cancer, 126
– post-professionnelle, 411
Sus-décalage du segment ST, 101, 289
Symptôme physique médicalement non expliqué (SMI), 279
Syncope, 113, 115–116
Syndrome
– climatérique, 368
– confusionnel, 182
– coronarien aigu, 100–101, 289
– coronarien chronique, 101
– d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil, 212
– de chevauchement asthme-BPCO, 139
– de fragilité, 162
– de la bandelette ilio-tibiale, 252
– de Lynch, 384
– de Münchhausen, 441
– de sevrage
– – alcool, 174
– – canabis, 173
– de stress post-traumatique, 195, 457
– de surentraînement du sportif, 484
– démentiel, 203–204
– des anticorps anti-phospholipides, 118, 145
– des jambes sans repos, 213
– douloureux abdominal aigu, 100
– douloureux régional complexe, 233
– du bébé secoué, 315, 317, 330, 395, 397
– du canal carpien, 248
– du marteau thénar ou hypothénar, 248
– dysentérique, 494
– inflammatoire biologique, 144
– pieds-mains-bouche, 277
– post-thrombotique, 119
– somatique fonctionnel, 280
Système
– de santé (organisation du), 33, 508
– de soins, 508, 533
– intra-utérin (SIU), 351
– national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), 29
– national des données de santé (SNDS), 31
Systémique familiale, 390–391

T

Tabac, 133, 172, 337, 352, 383
– conseil minimal et conseil d'arrêt, 71
– et contraception, 350
– et grossesse, 359
– prévention cardiovasculaire, 102
Tableau(x)
– de garde, 543
– des maladies professionnelles, 411
Tachycardie, 116, 290
– supraventriculaire, 112
Téléconsultation, 30, 83
Télé-expertise, 30
Télémédecine, 545
Temps partiel thérapeutique, 128, 413
Tendinite
– de la coiffe des rotateurs, 242
– de la patte d'oie, 252
– du petit et moyen fessier, 248
– du poignet, 247
– du quadriceps, 252
– tendon d'Achille, 254
Tentative de suicide, 193, 339
Terreur nocturne, 214, 315
Test(s)
– allergologiques, 133
– BITS (Brimades, Insomnies, Tabac, Stress), 340, 392
– de contrôle de l'asthme, 135
– Hémoccult®, 366
– HPV, 366, 383
Tétanos, 471
Théorie de l'attachement, 391
Thérapie(s)
– cognitivo-comportementales, 58, 221, 283
– de soutien, 221, *Voir aussi* Psychothérapie de soutien
Thromboembolique (évaluation du risque), 114
Thrombopénie induite à l'héparine, 119
Thrombophilie, 119
Thromboprophylaxie, 120
Thrombose veineuse
– profonde, 115
– superficielle, 115
Tiers (présence d'un), 341, 441
Torticolis congénital, 321
Toucher, 49
Toux, 116
– chronique, 132
– nourrisson, 331
Toxoplasmose, 359
Traduction, 464
Traitement hormonal de la ménopause, 368–369
Transfert de compétence, 519
Transition épidémiologique, 508
Transprofessionnalité, 518
Traumatisme ostéoarticulaire, 241
Travail
– d'équipe, 522
– interprofessionnel, 518
– santé au travail, 407
Tri des patients, 30, 33
Triade
– de Virchow, 115
– de Whipple, 297
Trichomonas vaginalis, 378–379
Trinitrine, 101, 291
Triptans, 233
Trisomie 21, 360
Tristesse, 192
Troponine, 101, 289
Trouble(s)
– à symptomatologie somatique, 279
– anxieux généralisé, 195
– anxiodépressifs, 57, 227
– bipolaires, 195
– climatériques, 365
– cognitifs, 160, 203
– d'hyperactivité avec déficit de l'attention, 199
– de déglutition, 183
– de l'hémostase, 378
– de l'usage d'une substance psychoactive, 170
– de la mémoire, 203
– de la régulation émotionnelle (du médecin), 61
– de la statique, 324
– des apprentissages, 324

– du comportement alimentaire, 337
– du comportement chez l'adolescent, 337
– du désir, 376
– du langage, 323
– du rythme, 112, 290
– du sommeil, 175, 182, 211
– – chez l'enfant, 314
– du transit, 183
– – du nourrisson, 332
– factices, 441
– liés à l'usage d'une substance psychoactive, 170
– mnésiques, 204
– musculosquelettiques, 408–409
– neurodéveloppementaux, 320
– obsessionnel compulsif, 195
– panique, 195, 306
– psychiques chez l'adolescent, 339
– psychiques et comportementaux (démence), 203
– psychologiques, 218
– visuels, 322
Trousse
– à pharmacie du voyageur, 492
– d'urgence, 301
Tuberculose, 456
Tumeur (surdiagnostic), 12
Tutelle, 197

U

Ulcère gastroduodénal, 147
Universalisme proportionné, 128, 513
Urétrite, 379
Urgences, 287, 546
Urgenturie, 369
Urticaire
– aiguë, 272
– chronique, 269
Usage à risque, 170

V

Vaccination, 356, 367, 469
– antigrippale, 105
– avant un voyage, 492
– de l'adolescent, 336
– de l'enfant, 324
– du patient migrant, 457
– et immunosuppresseurs, 149
– questionnements des parents, 477
Vaginose bactérienne, 379
Valeurs
– du patient, 64
– entretien motivationnel, 69
– médecine centrée sur les, 463
Valorisation
– de l'autonomie, 65
– entretien motivationnel, 66
Valvulopathie, 112
Varicelle, 356, 474
Vascularites, 141
Vasectomie, 353
Vasopresseurs, 300
Vécu du patient, 37
VEMS/CVF, 132
Vérification (énoncé de), 49
Vie de couple, 389
Vieillissement
– de la population, 151, 159, 517, 542
– en bonne santé, 166
– physiologique, 366
VIH, 259, 355, 360, 456
Violation du secret professionnel, 421
Violence
– conjugale, 393, 398
– de l'adolescent, 338
– envers un adulte vulnérable, 397
– envers un enfant, 394
– et interruption volontaire de grossesse, 372
Virus
– CMV, 359
– de la varicelle et du zona, 259
– HPV, 356, 366
– SARS-CoV-2, 29, 149, 295, 474, 492–493
Viscosupplémentation, 230
Visite de pré-reprise, 413, 415
Vitamine
– B12, 204, 277, 358
– D, 80, 147, 361, 367
Volet de synthèse médicale (dossier médical partagé), 21
Vomissements
– du nourrisson, 332
– lors de la grossesse, 362
Voyage (consultation avant le départ), 491
VRAIE (approche centrée sur le patient), 37
Vulnérabilité, 445, 448

W

White (carré de), 18, 515

Z

ZARIT, 165
Zona, 474
Zonage médecin, 83